Aus der Kinderklinik B der Universität Düsseldorf
Direktor Prof. Dr. med. E. Schmidt

Beschreibung der Patienten einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

DISSERTATION

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.
Der Medizinischen Fakultät in Düsseldorf vorgelegt

von

Petra Reingen und Hans-Jürgen Heubach

1983

Aus der Kinderklinik B der Universität Düsseldorf
Direktor Prof. Dr. med. E. Schmidt

Beschreibung der Patienten einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.
Der Medizinischen Fakultät in Düsseldorf vorgelegt

von

Petra Reingen und Hans-Jürgen Heubach

1983

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. G. Arnold
(i.V.)

Referent
gez.: Prof. Dr. U. Göbel

Korreferent
gez.: Prof. Dr. H.-J. Steingrüber

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	S. 1
1.1.	Geschichtliche Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken in Deutschland	S. 2
1.2.	Gründung berufsständiger Organisationen der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie	S. 3
1.3.	Jetzige Situation	S. 4
1.4.	Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie	S. 5
1.5.	Fragestellungen	S. 6
2.	Material und Methodik	
2.1.	Stichprobenumfang und Datengewinnung	S. 8
2.2.	Datenverarbeitung	S.10
3.	Ergebnisse	S.12
3.1.	Anamnestische Daten	S.12
3.1.1.	Geschlechtsverteilung	S.12
3.1.2.	Altersverteilung	S.13
3.1.3.	Geschwistersituation	S.13
3.1.4.	Kindergarten- bzw. Schulsituation	S.15
3.1.5.	Familiensituation	S.15
3.1.6.	Berufstätigkeit der Mutter	S.17
3.1.7.	Krankenhausaufenthalte	S.18
3.1.8.	Wichtige neurologische Erkrankungen in der Anamnese	S.19
3.1.9.	Überweisende Institutionen	S.20
3.2.	Daten zur Schwangerschaft und Geburt	S.21
3.2.1.	Schwangerschaftsrisiken	S.21
3.2.2.	Schwangerschaftsprobleme	S.22
3.2.3.	Geburtsablauf	S.23
3.2.4.	Geburtsrisiken	S.24
3.2.5.	Postpartale Ereignisse	S.25
3.3.	Daten zur Entwicklung	S.26
3.3.1.	Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindphase	S.26
3.4.	Anlaß und Vorstellungssymptomatik	S.27
3.4.1.	Somatisch-neurologische Problematik	S.27
3.4.2.	Körperliche Symptome psychischen Ursprungs	S.28
3.4.3.	Seelische Fehlhaltungen	S.29
3.5.	Untersuchungsbefunde	S.31
3.5.1.	Neurologischer Befund	S.31
3.5.2.	Organische Teilleistungsstörungen	S.32
3.5.3.	Hyperkinetische Verhaltensweisen	S.33
3.5.4.	Elektroenzephalogramm	S.33
3.6.	Diagnosen	S.34
3.6.1.	Psychiatrische Syndrome	S.34
3.6.2.	Umschriebene Entwicklungsrückstände und Mehrfachbehinderungen	S.36
3.6.3.	Körperliche Symptomatik	S.37
3.6.4.	Abnormes psychosoziales Umfeld	S.38

3.7.	Eingeleitete therapeutische Maßnahmen	S.39
3.8.	Fragestellungen zur Beschreibung der Patienten	S.42
3.8.1.	In welchem Unfang kann man bei Kindern mit einer auffälligen Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter später ein Lernversagen und hyperkinetische Symptome finden ?	S.43
3.8.2.	In welchem Verhältnis stehen hyperkinetische Symptome und Lernversagen zu dem familiären Umfeld der Kinder ?	S.46
3.8.3.	In welchem Umfang finden sich abnorme EEG-Befunde bei Kindern mit Lernstörungen und hyperkinetischen Symptomen ?	S.52
3.8.4.	In welchem Umfang erscheint das Symptom Hyperkinese bei Kindern aus Sondereinrichtungen,Normalkindergärten bzw. - schulen und weiterführenden Schulen ?	S.54
3.8.5.	In welchem Umfang werden hyperkinetische Symptome im Untersuchungsgang angegeben, vom Kinder- und Jugendpsychiater registriert und als führende ärztliche Diagnose festgehalten ?	S.55
4.	Diskussion	S.57
4.1.	Umfang und Art der Patienten	S.57
4.2.	Anamnestische Daten	S.57
4.2.1.	Geschlechtsverteilung	S.57
4.2.2.	Altersverteilung	S.58
4.2.3.	Geschwisterreihe	S.59
4.2.4.	Schulsituation	S.60
4.2.5.	Familiensituation	S.61
4.2.6.	Berufstätigkeit	S.61
4.2.7.	Problematik der Krankenhausaufenthalte	S.62
4.2.8.	Überweisende Institutionen	S.63
4.3.	Schwangerschafts- und Geburtsdaten	S.63
4.4.	Entwicklungsdaten	S.64
4.5.	Anlaß- und Vorstellungssymptomatik	S.65
4.6.	Untersuchungsbefunde	S.67
4.7.	Diagnosen	S.69
4.8.	Therapeutisches Vorgehen	S.71
4.9.	Fragestellungen	S.73
4.9.1.	Lernversagen	S.73
4.9.2.	Hyperkinese	S.74
5.	Schlußfolgerung und Zusammenfassung	S.76
6.	Literaturverzeichnis	S.79

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543915_0059

1. Einleitung

1.1. Geschichtliche Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken in Deutschland

Die Anfänge der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als "Besserungsanstalten oder Rettungshäuser für psychopathische Kinder und Jugendliche" (1) beschrieben. Nach Panse verbarg sich dahinter die Ansicht, bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen nur das "Psychopathische" zu sehen, das allein durch pädagogische Maßnahmen zu beeinflussen sei. Die beiden Konfessionen haben sich in dieser Zeit als Träger dieser "Rettungshäuser" verdient gemacht (Pestalozzi, Don Bosco) und in caritativer Fürsorge sozial unangepaßte Kinder betreut. Die Erziehung lag hier in den Händen von Geistlichen und Pädagogen.

In den psychiatrischen Anstalten existierten bis ins frühe 20. Jahrhundert lediglich "Schwachsinnigenabteilungen", die von Ärzten geleitet wurden und in denen hauptsächlich Oligophrene untergebracht und versorgt wurden. Demgegenüber stand die von Lazar 1911 gegründete Abteilung in der Universitätsklinik in Wien, in der erstmals heilpädagogische Maßnahmen als Konzept galten. Später folgte in den zwanziger Jahren die Einrichtung von Spezialabteilungen an mehreren psychiatrischen Universitätskliniken wie Heidelberg, Leipzig, Hamburg, Berlin und Tübingen.

Im Rahmen des Landschaftsverbandes fand 1927 die Gründung der ersten selbständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Bonn statt. Sie entwickelte sich zu einer bewährten eigenständigen Fachklinik und diente dem Landschaftsverband Rheinland als jugendpsychiatrische Sichtungsstelle. Aus der von Villinger gegründeten Kinderstation an der Universitätklinik in Marburg ging 1954 der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie hervor. Stutte (2) beschreibt, daß im Gegensatz zu den früheren "Schwachsinnigenabteilungen", in denen hauptsächlich Oligophrenien behandelt wurden, sich jetzt die Kranken dieser Universitätsklinik vorwiegend in neuropathologische und psychopathologische Krankheitsbilder gliederten.

Im Jahre 1959 existierten lediglich 35 kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilungen oder Kliniken, die in ihrer Funktion als "Heime für jugendpsychiatrische Beobachtung und Behandlung" zusammengefaßt wurden (2). Etwa 100 Jahre nach Einrichtung der oben erwähnten "Besserungsanstalten" und "Rettungshäuser" finden sich heute in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich verteilt insgesamt erst 67 kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen (3).

1.2. Gründung berufsständiger Organisationen der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erst 1940 kam in Wien die Gründung der "Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik" zustande. In ihrer Namensgebung kam sie dem zu diesem Zeitpunkt bestehenden Verständnis der Inhalte kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeit nach, wobei neben der Behandlung neuropathologischer und psychopathologischer Krankheitsbilder durch die Eingliederung von Erziehungsberatungsstellen mit ihren heilpädagogischen Maßnahmen ein weiterer Schwerpunkt kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeit gesetzt wurde. Nach dem zweiten Weltkrieg erfolgte im Jahre 1950 die Wiedergründung der "Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie" als eine jetzt rein ärztliche Gesellschaft, deren Zentralorgan die Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt. Erst 1969 erhielt die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen eigenen Facharztbereich. 1977 fand die Gruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater ihre Darstellung in der Gründung des "Berufsverbandes der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie". Ansonsten bleibt die ambulante kinder- und jungendpsychiatrische Versorgung in der Regel auf die wenigen Universitätskliniken beschränkt.

1.3. Jetzige Situation

Die späte Loslösung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie bringt es mit sich, daß bis jetzt nur eine geringe Zahl geeigneter medizinischer Institutionen zur Behandlung psychisch kranker Kinder zur Verfügung steht. Angesichts des hohen Bedarfs an ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychiatern und der steigenden Zahl behandlungsbedürftiger Kinder (4) wird die zur Zeit klaffende Lücke in dieser Notstandssituation durch nichtärztliche Berufsgruppen und durch primär nichtärztliche Dienste ausgefüllt. Hier sind zu nennen: Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologische Dienste, heilpädagogische Kindergärten, Sonderschulen, Einrichtungen des Jugendamtes, niedergelassene Psychologen und Psychagogen.

Innerhalb der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung aus dem Jahre 1975 wird der Bedarf an Kinder- und Jugendpsychiatern mit etwa 1700 Ärzten angegeben. Heute gibt es nach Auskunft des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland nur 250 in diesem Facharztbereich tätige Ärzte, von denen lediglich 20 als niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater arbeiten. Die Situation wird noch dadurch verschlechtert, daß in Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Teil nur Partialaufgaben des Faches wahrgenommen werden, wie durch die Abgrenzung der Zuständigkeit nur bis zum 14. Lebensjahr, durch Zentrierung auf psychosomatische Erkrankungen, auf heilpädagogische Aufgaben und auf Anfallskrankheiten, oder durch den Ausschluß psychotischer Störungen (2). Andererseits erfolgt häufig aus organisatorischen Mängeln eine unvorteilhafte gemeinsame klinische Betreuung von Kindern mit den verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen.

1.4. Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach Stutte (2) läßt sich die heutige Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nur aus der Geschichte der Erwachsenenpsychiatrie ableiten, sondern sie ist vielmehr durch den Zusammenfluß mehrerer - auch nichtmedizinischer - Disziplinen entstanden. Obwohl sie entwicklungsgeschichtlich ein jüngerer Zweig der Psychiatrie ist, orientiert sie sich in ihrer Arbeitsweise zunehmend mehr entwicklungspsychologisch und entwicklungsdynamisch. Sie nimmt ihre Erkenntnisse aus der Pädiatrie, der Entwicklungs- und Tiefenpsychologie und aus der Heilpädagogik, wobei sie sich mit diesen Disziplinen zu einem gemeinsamen Handeln verbindet (1). Aus diesem Wissen heraus ist sie in der Lage, soziale Aufgaben wahrzunehmen, die zentral zur kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie gehören (5). Die Kenntnisse und Ursachen, Erscheinungsformen, Diagnostik und Behandlung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter werden dabei nutzbar gemacht für pädagogische, fürsorgerische, präventive und rechtliche Maßnahmen (92). Die typische Arbeitsweise des Kinder- und Jugendpsychiaters ist gekennzeichnet durch eine mehrdimensionale Diagnostik im neurologischen und psychischen Bereich und durch die Notwendigkeit, frühere ärztliche oder psychologische Untersuchungsdaten vollständig zusammenzutragen. Im Sinne seines ärztlichen Auftrages ist er gezwungen, über das Kind hinaus die Eltern in seine sozialpsychiatrische Arbeit miteinzubeziehen und Kontakt aufzunehmen zum Beispiel zu Kindergarten, Schule, Sonderschule, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt und anderen mehr. Aus der Darstellung wird verständlich, daß die Diagnostik und Behandlung durch den Kinder- und Jugendpsychiater sowohl in der Klinik als auch in der freien Praxis gebunden ist an die Zuhilfenahme anderer Berufsgruppen.

1.5. Fragestellungen

Neben den wenigen klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gibt es - wie wir dargelegt haben - nach Auskunft des Berufsverbandes der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nur eine verschwindend kleine Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater, die aus existentiellen Gründen meist nur in Teilbereichen des Faches, also entweder mehr neuropädiatrisch oder mehr psychotherapeutisch arbeiten.

In der vorliegenden Arbeit werden die Daten von 1003 Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, die alle diagnostischen und therapeutischen Bereiche dieses Faches umgreift, ausgewertet. Dabei sind bestimmte Faktoren von Interesse, die die Arbeitsweise in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis entscheidend bestimmen, wie

- Alters- und Geschlechtsverteilung
- Schulsituation
- familiäre Situation und psychodynamische Eigenproblematik der Eltern
- vorausgehende wichtige Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte
- Art der überweisenden Instanzen
- frühkindliche und psychosoziale Entwicklung
- akute Vorstellungssymptomatik
- neurologischer und psychologischer Befund
- diagnostische Kategorien
- therapeutische Maßnahmen.

Darüberhinaus wurde in einem zweiten Teil der Arbeit anhand von 5 Fragestellungen die Beschreibung der Patienten vertieft. Erörtert werden Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen Entwicklungsgeschichte, psychosozialem Umfeld, neuropsychiatrischen Befunden und bestehender Symptomatik. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Darstellung dieser Beziehungen die Diagnose unter Berücksichtigung psychiatrischer, tiefenpsychologischer und sozialpsychologischer Faktoren strukturiert und den zu erstellenden Therapieplan beeinflußt.

2. Material und Methodik

2.1. Stichprobenumfang und Datengewinnung

Im Rahmen der Arbeit wurden die Daten von 1003 Patienten, die sich in dem Zeitraum vom Juli 1977 bis August 1978 in der Praxis erstmals vorstellten, untersucht. Die Patienten stammen aus einer Gemeinschaftspraxis zweier Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum der Stadt Düsseldorf. Die Arbeit ist von besonderem Interesse, da bisher noch kein Zahlenmaterial über die Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis verfügbar ist.

Die verschiedenen Daten ergaben sich aus den Aufzeichnungen der beiden Ärzte. Sie wurden von den Eltern erfragt und weiterhin übernommen aus Informationen überweisender Ärzte und aus Mitteilungen von Kliniken, Kindergärten, Schulen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt etc. . Die Krankengeschichten sind nach einem einheitlichen Entwurf erstellt, der den Austausch von Informationen unter den Mitarbeitern einer Gemeinschaftspraxis gewährleistet und der gemeinsamen Findung eines Therapieansatzes dient.

Zur Erfassung der Daten wurde ein Erhebungsbogen erstellt, der sich an den Aufzeichnungen in den Krankengeschichten der beiden Kinder- und Jugendpsychiater orientierte. Sowohl die Krankengeschichten als auch der Erhebungsbogen umfaßten die unten aufgeführten Bereiche, die für die diagnostische und therapeutische Arbeit des Kinder- und Jugendpsychiaters wichtig sind.

Den Patienten betreffende Daten und seine familiäre Situation
- Kennziffer
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Geschwistersituation
- Kindergarten- bzw. Schulsituation
- familiäres Milieu und Berufstätigkeit der Mutter
- Krankenhausaufenthalte
- wichtige neurologische Erkrankungen
- überweisende Institutionen

Schwangerschaft der Mutter und Geburt
- Schwangerschaftsrisiken
- psychosoziale Probleme
- Geburtsablauf
- Geburtsrisiken
- postpartaler Verlauf

Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindphase

Anlaß- und Vorstellungssymptomatik
- somatisch-neurologische Problematik
- psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik
- seelische Fehlhaltungen

Bei der Untersuchung erhobene Befunde
- neurologische Befunde
- Elektroenzephalogramme

Diagnosen in Anlehnung an das Multiaxiale Klassifikationsschema nach Remschmidt und Schmidt (6)
- Klinisch psychiatrische Syndrome
- Umschriebene Entwicklungsrückstände
- Körperliche Symptomatik
- Abnorme psychosoziale Umstände

Eingeleitete therapeutische Maßnahmen

2.2. Datenverarbeitung

Die dokumentationsgerecht erfaßten Daten wurden verschlüsselt und auf ein Lochkartensystem übertragen. Mit dem Programm "Statistical Package for the Social Sciences" wurde eine Systemdatei erstellt und eine Grundauszählung vorgenommen (Computer TR 445, Universitätsrechenzentrum Düsseldorf).

Ebenfalls mit Hilfe der statistischen Datenverarbeitung erfolgte die Beantwortung der 5 vorformulierten Fragestellungen, wobei die Ergebnisse des ersten Teils der Arbeit zugrundegelegt wurden.

Die Fragestellungen beziehen sich auf die in der Arbeit dargestellten Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. In den Fragen werden Symptome wie Hyperkinetisches Verhalten und Lernversagen berücksichtigt, die häufig in der Praxis des Kinderarztes und des Kinder- und Jugendpsychiaters vorgetragen werden (100) und in unserem Patientenkollektiv bei etwa der Hälfte der Kinder zu finden waren. Da der Kinder- und Jugendpsychiater bei seiner Arbeitsweise gewohnt ist, neben neuropsychiatrischen Befunden Auffälligkeiten in der Entwicklungsgeschichte und Störungen im familiären Umfeld zu berücksichtigen, haben wir die oben genannten Symptome zu diesen drei Merkmalen in Beziehung gesetzt.

Die Fragen umfassen folgende Inhalte:

1. In welchem Umfang kann man bei Kindern mit einer auffälligen Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter später ein Lernversagen und hyperkinetische Symptome finden?

2. In welchem Verhältnis stehen hyperkinetische Symptome und Lernversagen zu dem familiären Umfeld der Kinder?

3. In welchem Umfang finden sich abnorme EEG-Befunde bei Kindern mit Lernstörungen und hyperkinetischen Symptomen?

4. In welchem Umfang erscheint das Symptom Hyperkinese bei Kindern aus Sondereinrichtungen, Normalkindergärten bzw. - schulen und weiterführenden Schulen?

5. In welchem Umfang werden hyperkinetische Symptome im Untersuchungsgang angegeben, vom Kinder- und Jugendpsychiater registriert und als führende ärztliche Diagnose festgehalten?

3. Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Tabellen ist zu berücksichtigen, daß sich die prozentuale Verteilung entweder auf 1003 Fälle (Gesamtzahl) oder auf die Zahl der verwertbaren Angaben bezieht.

3.1. Anamnestische Daten

3.1.1. Geschlechtsverteilung

Von den 1003 vorgestellten Kindern waren mehr als zwei Drittel Jungen; etwa ein Drittel waren Mädchen.

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung aller innerhalb eines Jahres vorgestellten Patienten

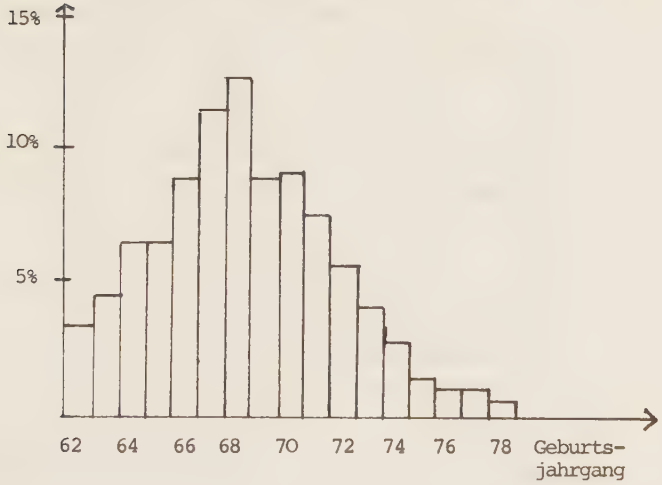
Geschlecht	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
weiblich	310	30,9
männlich	690	68,8
fehlende Angaben	3	0,3
Summe	1003	100,0

Bei der Geschlechtsverteilung zeigte sich in unserem Patientenkollektiv ein Überwiegen der Jungen gegenüber den Mädchen im Verhältnis 2 : 1 .

3.1.2. Altersverteilung

Die Altersverteilung zeigt eine Spitze bei den 9- bis 11-jährigen Kindern.

Abbildung 1: Altersverteilung aller innerhalb eines Jahres vorgestellten Patienten



3.1.3. Geschwistersituation

1. Geschwisterreihe

Wir verglichen unsere Patienten mit dem Gesamtjahrgang 1975 in Düsseldorf (8) und fanden bei der Frage nach der Stellung innerhalb der Geschwisterreihe keine wesentlichen Unterschiede.

Tabelle 2: Geschwisterreihe der Patienten unseres Kollektivs

Position	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	Gesamtjahrgang 1975 (in%)
1. Kind	535	53,5	52,3
2. Kind	293	29,2	32,5
3. Kind	94	9,4	9,1
4. Kind	31	3,1	
5.-9. Kind	14	1,4	
fehlende Angaben	36	3,6	
Summe	1003	100,0	

In 625 Fällen folgte keine weitere Schwangerschaft der Mutter. Es handelte sich somit bei etwa zwei Drittel der Patienten um Einzelkinder oder um das letzte Kind innerhalb der Geschwisterreihe.

2. Totgeburten

Innerhalb früherer oder späterer Schwangerschaften der Mutter waren in 54 Fällen (5,4%) Totgeburten zu finden. Wie der in der Münchner Perinatalstudie 1975 gefundene Anteil an Totgeburten von 2,8% zeigt, liegt der von uns festgestellte Wert doppelt so hoch.

3. Chronisch kranke Geschwister

In 52 Fällen (5,2%) hatten die vorgestellten Kinder chronisch kranke Geschwister.

4. Zwillinge

In 17 Fällen (1,7%) handelte es sich um Zwillingskinder. Diese Zahl entspricht der Häufigkeitsverteilung von Mehrlingsschwangerschaften innerhalb der Normalpopulation (1,7%) (9).

3.1.4. Kindergarten- bzw. Schulsituation

Von den vorgestellten Kindern besuchten
134(13,4%) Sondereinrichtungen, d.h. Sonderkindergärten bzw. Sonderschulen,
620 (62,0%) die Grund- bzw. Hauptschule oder den Normalkindergarten und
190 (19,0%) die Realschule bzw. das Gymnasium.
Bei 5,6% handelte es sich um Kinder, bei denen die Angabe fehlte, oder um Kleinkinder, die zum Zeitpunkt der Vorstellung keinen Kindergarten besuchten.

3.1.5. Familiensituation

Innerhalb unseres Kollektivs fand sich ein hoher Anteil an psychisch auffälligen Familienmitgliedern, alleinstehenden Müttern und disharmonischen Familienverhältnissen.
Unter psychisch auffälligen Familienmitgliedern verstanden wir Personen, die selbst verhaltensauffällig und in psychiatrischer Behandlung waren.
Von alleinstehender Mutter sprechen wir, wenn die Mutter ledig oder verwitwet war oder getrennt vom Vater des Kindes lebte.
Disharmonische Familienverhältnisse wurden angenommen, wenn zum Zeitpunkt der Vorstellung des Kindes von einem oder beiden Elternteilen Eheprobleme geäußert wurden.

Bei Auftreten von kombinierten Merkmalen wurde von uns nur die im Vordergrund stehende Situation berücksichtigt.

Tabelle 3: Familiäres Umfeld der beschriebenen Patienten

Art des familiären Umfeldes	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Unauffällige Familienverhältnisse	391	39,0
Alleinstehende Mütter	149	14,9
Psychisch auffällige Familienmitglieder	155	15,5
Pflegefamiliensituation	79	7,9
Adoptivsituation	13	1,3
Heimsituation	45	4,5
Disharmonische Familienverhältnisse	132	13,2
Fehlende Angaben	39	3,9
Summe	1003	100,0

3.1.6. Berufstätigkeit der Mutter

Wir stellten fest, daß in unserem Kollektiv fast zwei Drittel der befragten Mütter berufstätig waren. Dabei unterschieden wir nicht zwischen halbtägiger oder ganztägiger Erwerbstätigkeit.

Tabelle 4: Berufstätige Mütter

Berufstätigkeit der Mutter	Anzahl	proz. Verteilung (verwertbare Angaben)
Berufstätig	421	62,0
Nicht berufstätig	258	38,0
Fehlende Angaben	324	
Summe	1003	100,0

(gültige Angaben 679)

Als Vergleich zu den von uns gefundenen Zahlen waren nach Auskunft des Statistischen Landesamtes Düsseldorf 1981 in Nordrheinwestfalen von 2.953.400 Müttern 955.200 (d.h. etwa ein Drittel) erwerbstätig.

3.1.7. Krankenhausaufenthalte

Mehr als die Hälfte der Kinder war schon einmal im Krankenhaus gewesen. Darunter fielen Kuraufenthalte, Aufenthalte wegen z.B. banaler Infekte, aber auch auf Grund gravierender neurologischer Erkrankungen.

Tabelle 5: Vorherige Krankenhausaufenthalte der beschriebenen Patienten

Dauer der Krankenhausaufenthalte	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	proz. Verteilung (verwertbare Angaben)
weniger als 1 Woche	63	6,3	12,3
1 bis 4 Wochen	301	30,0	58,8
mehr als 4 Wochen	143	14,3	27,9
keine Aufenthalte	5	0,5	1,0
fehlende Angaben	491	49,0	
Summe	1003	100,0	100,0

(gültige Angaben 512)

Von den 512 befragten Kindern waren mehr als ein Viertel länger als vier Wochen im Krankenhaus. Dabei blieb die bei 90 Kindern nach der Geburt vorgenommene Verlegung in die Kinderklinik unberücksichtigt, da die Dauer des Aufenthaltes hier nicht erfragt wurde.

3.1.8. Wichtige neurologische Erkrankungen in der Anamnese

Bei der Art früherer Erkrankungen interessierten uns besonders solche aus dem neurologischen Bereich, da hierbei Zusammenhänge zu früher abgelaufenen Hirnfunktionsstörungen erwartet wurden.

Tabelle 6: Wichtige vorausgegangene neurologische Erkrankungen in der Anamnese der beschriebenen Patienten

Art der Erkrankungen	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Commotio	35	3,5
Contusio	6	0,6
Meningoencephalitis	25	2,5
Krampfanfälle	71	7,1
schwere Ernährungsstörung in der Säuglings- bzw. Kleinkindzeit (Encephalotoxikosen)	52	5,2
keine	771	76,9
fehlende Angaben	23	2,3
Summe	1003	100,0

3.1.9. Überweisende Institutionen

Aus Tabelle 7 wird deutlich, daß ein hoher Prozentsatz der Überweisungen aus dem sozialen Umfeld des Kindes wie Familie, Kindergarten und Schule kommen; weiterhin vom Jugendamt und aus Institutionen, in denen vorwiegend Psychologen arbeiten. Über 40 % sind nichtärztliche Überweisungen und stammen aus Bereichen, die sich schon von Berufs wegen mit dem psychosozialen Umfeld des Kindes auseinandersetzen.

Tabelle 7: Überweisende Institutionen

Art der Überweisung	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
ohne Überweisung, aus eigener Initiative	177	17,7
Kindergarten	21	2,1
Schule	94	9,4
Schulpsychologie	86	8,6
Erziehungsberatungsstellen	99	9,9
Psychologen in eigener Praxis	13	1,3
Jugendamt	98	9,8
Kinderärzte	279	27,9
andere Ärzte	133	13,3
fehlende Angaben	3	0,3
Summe	1003	100,0

3.2. Daten zur Schwangerschaft und Geburt

Bei der Frage nach dem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf interessierte uns der Vergleich mit der Normalbevölkerung um zu zeigen, inwieweit die vorgestellten Kinder schon von Anfang an prädisponiert waren für spätere Erkrankungen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.

3.2.1. Schwangerschaftsrisiken

Tabelle 8: Risiken während der Schwangerschaften der Mütter

Art der Schwangerschaftsrisiken	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	Münchner Perinatalstudie 1975 (in %)
unauffällig	730	72,8	
Blutungen und Frühgeburtsbestrebungen	108	10,8	2,8
EPH-Gestosen	92	9,2	6,2
Infekte	13	1,3	2,3
fehlende Angaben	60	6,0	
Summe	1003	100,0	

Sowohl Blutungen und Frühgeburtsbestrebungen als auch EPH-Gestosen fanden sich innerhalb unseres Patientenkollektivs bei jeweils etwa 10% der Fälle. Im Vergleich zu der Münchner Perinatalstudie 1975 (7), in der die Häufigkeit von Risikofaktoren in der Prae-, Peri- und Postnatalzeit beschrieben werden, waren Blutungen und Frühgeburtsbestrebungen in unserem Kollektiv drei mal so häufig zu finden ; EPH-Gestosen waren um ein Drittel vermehrt.

3.2.2. Schwangerschaftsprobleme

Neben den organischen Risiken in der Schwangerschaft interessierten uns ebenfalls psychosoziale Probleme der Mütter in dieser Zeit, da auch hierbei Einflüsse auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes zu erwarten waren. Die psychosozialen Probleme beinhalten seelische Fehlhaltungen der Mütter, unerwünschte Schwangerschaften, existentielle Probleme und Probleme der Mütter mit dem Vater des Kindes bzw. mit den eigenen Eltern. Die Problemsituationen waren im Rahmen der biographischen Anamnese vom Arzt erfragt und in den Krankengeschichten dokumentiert worden.

Tabelle 9: Problemsituation der Mütter während der Schwangerschaft

Psychosoziale Schwangerschaftsprobleme	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
psychosoziale Problem	336	33,5
keine	637	63,5
fehlende Angaben	30	3,0
Summe	1003	100,0

Aus Tabelle 9 geht hervor, daß etwa ein Drittel der vorgestellten Kinder schon vor der Geburt durch die psychosozialen Probleme der Mütter belastet waren.

3.2.3. Geburtsablauf

Im Hinblick auf den Geburtsablauf stellten wir bei dem Vergleich zwischen unserem Patientenkollektiv und der Münchner Perinatalstudie 1975 (7) einen weit niedrigeren Anteil an auffälligen Geburtsverläufen fest. Hierbei sind zu berücksichtigen die gegenüber früher veränderten Indikationsstellungen und die Tatsache, daß die medizinischen Daten über die Geburt von den Eltern erfragt wurden und keine Information der Geburtskliniken darstellen.

Tabelle 10: Geburtsverläufe der beschriebenen Patienten

Art der Geburts-abläufe	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	Münchner Perinatalstudie 1975 (in%)
spontan	751	74,9	
medikamentöse Einleitung	89	8,9	23,2
Sectio	63	6,3	12,7
Beckenendlage	2	0,2	4,3
Vacuum/Forceps	56	5,6	12,9
fehlende Angaben	42	4,2	
Summe	1003	100,0	

3.2.4. Geburtsrisiken

Bei der Frage nach den Geburtsrisiken sind die Ergebnisse zweier Tabellen zusammengefaßt worden, so daß keine Spaltensummen errechnet werden konnten.
Die geringen Fallzahlen sind möglicherweise darauf zurückzuführen, daß die Mütter bei der Anamnese nicht in der Lage waren, eine so differenzierte Angabe zu machen.

Die Zahl der Frühgeburten umfaßt in unserem Kollektiv etwa 10 % der Kinder und liegt damit leicht oberhalb der Verteilung von Frühgeburten in der Normalpopulation. Die anderen in Tabelle 11 aufgeführten Geburtsrisiken waren bei unseren Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung nur in geringerem Maße zu finden.

Tabelle 11: Geburtsrisiken

Art der Geburtsrisiken	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	Normalbevölkerung (10) (in %)
Nabelschnurumschlingung	29	2,9	15 - 20
grünes Fruchtwasser	27	2,7	12,7
pathologische Plazenta	10	1,0	2 - 5
Frühgeburten	95	9,5	8,3
Übertragungen	19	1,9	2,5 - 10

3.2.5. Postpartale Ereignisse

Unter postpartalen Ereignissen haben wir aus ursprünglich zwei Tabellen die Ergebnisse von Beatmung, Blutaustausch, Krämpfen und einer Verlegung in die Kinderklinik nach der Geburt zusammengefaßt. Hier weichen unsere Werte nicht entscheidend von denen der Münchner Perinatalstudie 1975 (7) ab.

Tabelle 12: Postpartale Ereignisse

Art der postpartalen Ereignisse	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	Münchner Perinatalstudie 75 (in %)
Beatmung	32	3,2	2,9
Blutaustausch	10	1,0	
Krämpfe	4	0,4	0,2
Verlegung in die Kinderklinik	90	9,0	10,6

3.3. Daten zur Entwicklung

3.3.1. Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindphase

Unter Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindphase verstehen wir motorische Störungen, die im Rahmen einer Säuglingsgymnastik auf neurophysiologischer Basis behandelt wurden, Sprachentwicklungsverzögerungen, die innerhalb einer logopädischen Behandlung therapiert wurden, und Spielstörungen, die von den Kindergärtnerinnen angegeben und von den Müttern berichtet wurden.

Tabelle 13: Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindzeit

Entwicklungsverlauf	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
auffällig	601	59,9
unauffällig	379	37,8
fehlende Angaben	23	2,3
Summe	1003	100,0

Wie aus Tabelle 13 ersichtlich wird, fanden sich bei weit mehr als der Hälfte der Patienten Entwicklungsauffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindzeit.

3.4. Anlaß und Vorstellungssymptomatik

3.4.1. Somatisch-neurologische Problematik

Beachtlich ist, daß insgesamt nur bei einem Drittel der Kinder somatische und zerebralorganische Probleme ausschlaggebend waren für die Vorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, wohingegen bei zwei Dritteln der Kinder andere Störungen den Anlaß darstellten.

Unter speziellen Entwicklungsstörungen verstehen wir von den Patienten vorgetragene seit der Geburt bestehende, isolierte Behinderungen der Motorik, der Sprache sowie Sehbehinderungen oder Hörbehinderungen. Allgemeine Entwicklungsretardierungen umfassen Mehrfachbehinderungen geistiger, seelischer und körperlicher Art.

Tabelle 14: Somatisch-neurologische Vorstellungsproblematik

Art der Problematik	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Spezielle Entwicklungsstörungen und isolierte Körperbehinderungen	162	16,2
Allgemeine Entwicklungsretardierung	81	8,1
Krampfanfälle	55	5,5
Erworbene Paresen	5	0,5
keine	682	68,0
fehlende Angaben	23	2,3
Summe	1003	100,0

3.4.2. Körperliche Symptome psychischen Ursprungs

Im Gegensatz zu den somatisch-neurologischen Vorstellungsanlässen waren körperliche Symptome psychischen Ursprungs in größerer Vielfalt und Anzahl vertreten, wobei Schlafstörungen, Enuresis, Kopfschmerzen und Magendarmbeschwerden deutlich herausragten. Die hohen Fallzahlen lassen sich darauf zurückführen, daß bis zu drei der in Tabelle 15 aufgeführten Störungen auf dem Erhebungsbogen registriert werden konnten.

Tabelle 15: Körperliche Symptome psychischen Ursprungs

Art der Symptome	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Schlafstörungen	228	22,8
Kopfschmerzen	98	9,8
Enuresis nocturna et diurna	138	13,8
Enkopresis	34	3,4
Stottern	47	4,7
Magersucht	1	0,1
Adipositas	45	4,5
Asthma	10	1,0
Tremor	28	2,8
Tics	49	4,9
rezidivierende Bauchschmerzen	96	9,6
keine	387	38,8
fehlende Angaben	5	0,5

3.4.3. Seelische Fehlhaltungen

Die hohen Fallzahlen in Tabelle 16 erklären sich dadurch, daß die Kinder mehrere der genannten Auffälligkeiten zugleich aufweisen konnten.

Tabelle 16: Seelische Fehlhaltungen

Art der Fehlhaltungen	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Lernversagen	466	46,6
Hyperkinetische Symptome	460	45,9
Auffälliges Sozialverhalten	646	64,4
Emotionale Beziehungsschwierigkeiten	505	50,3
Depressive Symptomatik	276	27,5
Zwangssymptomatik	47	4,7
Ängstliche Verhaltensweisen	513	51,1
Hysteriforme Verhaltensweisen	163	16,3

Bei den seelischen Fehlhaltungen imponierten auffälliges Sozialverhalten, ängstliche Verhaltensweisen, emotionale Beziehungsschwierigkeiten, Lernversagen und hyperkinetische Symptome.

Unter Lernversagen verstanden wir das Nichterfüllen der altersentsprechenden Leistungsanforderungen in der Schule.
Hyperkinetische Symptome beinhalteten motorische Unruhe, kurze Aufmerksamkeitsspanne und Stimmungslabilität.

Auffälliges Sozialverhalten wurde dann registriert, wenn aggressive Verhaltensweisen, kindliches Stehlen und eine Neigung zum Lügen vorlagen.
Emotionale Beziehungsschwierigkeiten wurden angenommen, wenn bei den Kindern eine übermäßige Empfindsamkeit, Neigung zur Abkapselung und Kontaktschwierigkeiten zu finden waren.
Unter depressiver Symptomatik verstanden wir eine traurige Verstimmung, Minderwertigkeitsgefühle, eine Versagenshaltung und Antriebslosigkeit.
Zwangssymptomatik beinhaltete sich aufdrängende, unerwünschte Gedanken und Grübeleien, Perfektionsstreben und Kontroll- und Waschzwänge.
Ängstliche Verhaltensweisen waren vor allem gekennzeichnet durch Verlustängste, nächtliche Angstträume, Schulängste und Schulphobien.
Hysteriforme Verhaltensweisen wurden registriert, wenn die Kinder ein übermäßiges Verlangen nach Anerkennung und Aufmerksamkeit, ein theatralisches Verhalten und psychogene Körperfunktionsstörungen wie psychogene Anfälle, psychogenen Tremor, psychogene Lähmungen und Schulerbrechen zeigten.

3.5. Untersuchungsbefunde

3.5.1. Neurologischer Befund

Bei der neurologischen Untersuchung zeigten 776 Kinder ein unauffälliges Reflexverhalten.
Kinder mit schweren motorischen Störungen sind heute durch das Vorsorgesystem schon früh richtig eingegliedert und werden entsprechend gefördert, so daß sie nur dann in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt werden, wenn deutliche sekundäre Verhaltensauffälligkeiten auftreten.
Bei den 87 Kindern mit neurologischen Auffälligkeiten fanden wir das in Tabelle 17 dargestellte Verteilungsmuster.

Tabelle 17: Motorische Bewegungsauffälligkeiten

Art der Auffälligkeiten	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Hypertone Cerebralparese	61	6,1
Hypotone Cerebralparese	5	0,5
Athetose	11	1,1
Angeborene Hemiparese	9	0,9
Erworbene Hemiparese	1	0,1
unauffällig	776	77,4
fehlende Angaben	140	14,0
Summe	1003	100,0

3.5.2. Organische Teilleistungsstörungen

Wie ersichtlich waren Teilleistungsstörungen innerhalb unseres Patientenkollektivs in einem hohen Maße vertreten. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Erfahrung ist diese Zahl jedoch nicht verwunderlich, da Teilleistungsstörungen häufig nicht als solche registriert werden, sondern sich hinter dem Bild mannigfacher Verhaltensstörungen verbergen (13,14).

Alle in Tabelle 18 aufgeführten Befunde konnten jeder einzeln in beliebiger Häufigkeit gewertet werden. Hieraus erklären sich die hohen Fall- und Prozentzahlen.

Tabelle 18: Bei der Untersuchung festgestellte Teilleistungsschwächen

Art der Teilleistungsschwächen	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Grobmotorische Koordinationsstörungen	433	43,2
Choreatiforme Bewegungsabläufe	20	2,0
Störungen der Feinmotorik	353	35,2
Störungen der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung	258	25,7
Legasthenie	79	7,9
Hörstörungen	35	3,5
Sehstörungen	139	13,9
Sprachstörungen	117	11,7

3.5.3. Hyperkinetische Verhaltensweisen

Bei 314 der vorgestellten Kinder wurden während der Untersuchungssituation hyperkinetische Verhaltensweisen (motorische Unruhe, geringe Aufmerksamkeitsspanne, Stimmungslabilität) registriert.

3.5.4. Elektroenzephalogramm

Bei dem EEG-Befund konnten auf dem Erhebungsbogen bis zu drei pathologische Befunde nebeneinander vermerkt werden.

Bei den 1003 untersuchten Kindern waren in 531 Fällen Elektroenzephalogramme angefertigt worden.
Es fanden sich 197 Kinder mit abnormen EEG-Befunden.

Tabelle 19: Elektroenzephalographische Befunde

Art der Auffälligkeiten	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Unspezifische Allgemeinveränderungen	87	8,7
Fokale Herde	29	2,9
Paroxysmal generalisierte hypersynchrone Aktivität	34	3,4
Fokale hypersynchrone Aktivität	16	1,6
Seitendifferenzen	31	3,1
unauffällig	365	36,5
fehlende Angaben	472	

3.6. Diagnosen

Bei der Diagnosenstellung haben wir Diagnosengruppen gebildet und Diagnosen formuliert, wie sie vergleichbar im "Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindesalter" (6) beschrieben wurden. Dabei konnten für einen Patienten Diagnosen aus verschiedenen Gruppen gleichzeitig zutreffen.

3.6.1. Psychiatrische Syndrome

Bezüglich der klinisch psychiatrischen Syndrome wurde nur die führende Diagnose berücksichtigt, obwohl für das untersuchte Kind mehrere Diagnosen aus diesem Bereich zutreffen konnten.

Tabelle 20: Psychiatrische Syndrome

Art der Syndrome	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Psychose im Kindesalter	11	1,1
Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik	141	14,1
Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik	299	29,8
Anpassungsstörungen	110	11,0
Störungen des Sozialverhaltens	96	9,6
Emotionale Beziehungsstörungen	126	12,6
Hyperkinetisches Syndrom	147	14,7
unauffällig	66	6,6
fehlende Angaben	7	0,7
Summe	1003	100,0

Bei fast der Hälfte der Kinder unseres Kollektivs wurden die Diagnosen "psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik" und "psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik" gestellt.

Die Diagnose "psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik" beinhaltet z.B. Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Enuresis, rezidivierende Bauchschmerzen und andere der in Tabelle 15 aufgeführten Symptome.
Die Diagnose "psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik" umfaßt Ängste, Zwangssymptomatik, depressive Symptome und hysterische Verhaltensweisen.

3.6.2. Umschriebene Entwicklungsrückstände und Mehrfachbehinderungen

Die in Tabelle 21 aufgeführten umschriebenen Entwicklungsrückstände beinhalten leicht zu diagnostizierende, meist schwere Behinderungen in einzelnen Funktionsbereichen, die sich als führendes Symptom darstellten; weiterhin wurden unter dieser Rubrik Mehrfachbehinderungen erfaßt.

Tabelle 21: Umschriebene Entwicklungsrückstände und Mehrfachbehinderungen

Art der Entwicklungsrückstände	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Legasthenie	57	5,7
Sprachliche Entwicklungsrückstände	131	13,1
Motorische Entwicklungsrückstände	14	1,4
Multiple Entwicklungsrückstände	108	10,8
unauffällig	687	68,5
fehlende Angaben	6	0,6
Summe	1003	100,0

Bei den umschriebenen Entwicklungsrückständen ist der hohe Anteil an sprachlichen Retardierungen als eine im Vordergrund stehende Diagnose auffällig. Es ist zu berücksichtigen, daß dieses Symptom auch noch unter der Diagnose "multiple Entwicklungsrückstände" erfaßt wurde. Hieraus wird deutlich, daß Sprachauffälligkeiten bei einem Viertel aller Kinder unseres Kollektivs an den Verhaltensstörungen beteiligt waren.

3.6.3. Körperliche Symptomatik

Aus der Erwartung, daß Erkrankungen des Nervensystems im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich häufig zu finden sind, konnten hier jeweils drei Diagnosen gleichzeitig berücksichtigt werden. Daraus erklärt sich die in Tabelle 22 gegenüber der Ausgangssituation erhöhte Zahl der Nennungen.

Tabelle 22: Körperliche Symptomatik

Art der Symptomatik	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Zustand nach entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems	14	1,4
Epilepsie	22	2,2
Angeborene Mißbildungen	6	0,6
Sehstörungen	81	8,1
Hörstörungen	16	1,6
Frühkindliche Hirnfunktionsstörungen	149	15,2
Minimale zerebrale Dysfunktion	248	25,3
Teilleistungsschwächen (Motorik und visuelle Wahrnehmungsverarbeitung)	226	23,1
unauffällig	369	37,7
Zahl der Mehrfachnennungen	1131	115,5

Beachtlich ist, daß in unserem Kollektiv zwei Drittel der vorgestellten Kinder eine Symptomatik aus dem Krankheitsbereich des Zentralnervensystems zeigten. Dabei wurden leichte frühkindliche Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen bei jedem vierten Kind gefunden.

3.6.4. Abnormes psychosoziales Umfeld

Auch in Tabelle 23 erklärt sich die hohe Fallzahl aus der Tatsache, daß drei Diagnosen gleichzeitig benannt werden konnten. Wir haben damit versucht, dem wichtigen Bereich des psychosozialen Umfeldes gerecht zu werden.

Tabelle 23: Abnormes psychosoziales Umfeld

Art der Auffälligkeiten	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)
Psychische Störungen bei Familienmitgliedern	162	16,3
Disharmonie der Familie	259	16,0
Mangel an emotionaler Wärme in der familiären Beziehung	345	34,7
Übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen	255	25,6
Unzureichende Lebensbedingungen	68	6,8
Sozial schwaches Familienmilieu	35	3,5
Abnorme familiäre Verhältnisse	144	14,5
Abnorme psychosoziale Belastung außerhalb der Familie	123	12,4
unauffällig	170	17,1
Zahl der Mehrfachnennungen	1561	156,9

Innerhalb der abnormen psychosozialen Umstände ist der Anteil an Kindern mit emotionalen Mangelsituationen deutlich herausragend. Hierbei ist zu bemerken, daß sich emotionale Mangelsituationen als Folgeerscheinungen aller anderen der in der Tabelle aufgeführten Diagnosen darstellen lassen. Aus dieser Tatsache erklärt sich, daß beachtlicherweise über ein Drittel aller vorgestellten Kinder in einem emotionalen Defizit lebten.

3.7. Eingeleitete therapeutische Maßnahmen

Die hohen Fallzahlen in Tabelle 24 sind darauf zurückzuführen, daß innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis unterschiedliche Therapiemaßnahmen parallel oder successiv angewendet werden. Im einzelnen ergaben sich folgende therapeutische Vorgehensweisen:

Tabelle 24: Therapeutische Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Anzahl	proz. Verteilung (Gesamtzahl)	proz. Verteilung (verwertbare Angaben)
Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie	35	3,5	2,3
Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	8	0,8	0,5
Familientherapeutische Maßnahmen	110	11,1	7,3
Spieltherapeutische Maßnahmen (tiefenpsychologisch orientiert)	48	4,8	3,2
Fokaltherapie	211	21,3	14,1
Dynamische Psychotherapie	91	9,1	6,1
Verhaltenstherapeutische Maßnahmen	45	4,5	3,0
Autogenes Training	182	18,4	12,1
Psychomotorische bzw. sensomotorische Übungsgruppe	275	27,2	18,3
Beratungen	403	40,7	26,8
Medikamente	93	9,4	6,2
Zahl der Mehrfachnennungen	1501	151,5	100,0

Innerhalb aller Therapiemaßnahmen hatten Medikamente lediglich einen Anteil von 6,2 Prozent. Demgegenüber stehen die psychomotorischen bzw. sensomotorischen Übungsbehandlungen weit im Vordergrund. Hierbei wurde den häufig bestehenden minimalen cerebralen Dysfunktionen und Teilleistungsschwächen Rechnung getragen. Dahinter stand der Gedanke, daß diese Störungen oft Auslöserfunktion für verschiedene Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern haben. Ein großer Teil der Behandlung umfaßte die Fokaltherapie im Sinne der Lösung eines akuten psychischen Spannungsfeldes.
Autogenens Training hat in den letzten Jahren bei Kindern mit psychosomatischen Reaktionen und bestimmten Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen, psychomotorischer Unruhe und Ängsten vermehrt Anwendung gefunden (15,16), was sich auch hier in der Aufschlüsselung der verschiedenen Therapiemaßnahmen wiederspiegelt.

3.8. Fragestellungen zur Beschreibung der Patienten

Im folgenden Teil der Arbeit möchten wir unter Zugrundelegung der bestehenden Ergebnisse anhand von fünf Fragestellungen Beziehungen erörtern zwischen den Symptomen Lernversagen bzw. Hyperkinese und der Entwicklungsgeschichte der Kinder, ihren psychiatrisch-neurologischen Befunden und ihrem psychosozialen Umfeld.

Die Ergebnisse der Fragestellungen beziehen sich auf 1003 Patienten der beschriebenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis und sind deutungsfrei dargestellt.

Die statistische Bewertung erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test. War bei einem Freiheitsgrad von 1 p kleiner 0.05, so wurde das Ergebnis als signifikant angenommen. Ergebnisse mit p größer 0.05 blieben bei der Auswertung unberücksichtigt.

3.8.1. In welchem Umfang kann man bei Kindern mit einer auffälligen Entwicklung im Säuglings - und Kleinkindalter später ein Lernversagen und hyperkinetische Symptome finden ?

Säuglings - und Kleinkindzeit werden als prägende Phasen für spätere Verhaltensweisen beschrieben (96), wobei Spielstörungen in der Kleinkindzeit als Vorläufer von Lernstörungen betrachtet werden (26). Unsere Frage zielt darauf ab, inwiefern auffällige Entwicklungsphasen in Zusammenhang stehen mit späteren Verhaltensauffälligkeiten wie hyperkinetische Symptome und Lernversagen.

Wir verstehen unter Lernversagen das Nichterfüllen der altersentsprechenden Leistungsanforderungen in der Schule. Dabei stützen wir uns auf die Aussagen der Eltern und Lehrer. Als hyperkinetische Symptome bezeichnen wir motorische Unruhe, kurze Aufmerksamkeitsspanne und Stimmungslabilität.
Die Entwicklungsauffälligkeiten beinhalten motorische Störungen, die im Rahmen einer Säuglingsgymnastik behandelt wurden, Sprachentwicklungsverzögerungen, die innerhalb einer logopädischen Behandlung therapiert wurden, und Spielstörungen, wobei hier im Kindergarten aufgetretene Störungen im Spielverhalten registriert wurden.

Wir haben die genannten Entwicklungsauffälligkeiten im Säuglings - und Kleinkindalter in Beziehung gesetzt zu den Merkmalen Lernversagen und hyperkinetische Symptome (Tab. 25a u. b). Es wird der Vergleich gegenüber Kindern mit unauffälliger Entwicklung in der Säuglings - und Kleinkindphase angestellt.

Tabelle 25a): Beziehung zwischen auffälliger Entwicklung und Lernversagen

		Lernversagen		
		ja	nein	
auffällige Entwicklung	ja	220	271	491
	nein	192	184	376
		412	455	867

(x^2= 3,097, p größer 0,05)

Tabelle 25b): Beziehung zwischen auffälliger Entwicklung und Hyperkinese

		Hyperkinese		
		ja	nein	
auffällige Entwicklung	ja	248	244	492
	nein	157	218	375
		405	462	867

(x^2=5,896, p kleiner 0,05)

Es besteht ein Zusammenhang zwischen auffälliger Entwicklung in der Säuglings - und Kleinkindzeit und hyperkinetischen Symptomen der Kinder unseres Kollektivs.

3.8.2. In welchem Verhältnis stehen hyperkinetische Symptome und Lernversagen zu dem familiären Umfeld der Kinder?

Ätiopathogenetisch werden hyperkinetische Symptome als Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung, als Symptom einer Fehlerziehung oder als eine konstitutionelle Variante (11,24) angegeben. Ebenso werden Schulschwierigkeiten im Rahmen einer leichten frühkindlichen Hirnfunktionsstörung erwähnt (13,14, 83,84). Auch das familiäre Umfeld und die bestehenden Schulsysteme werden verantwortlich gemacht für Lernversagen bei Kindern (19,24,26,27,39,47,99). Dabei erscheinen als Auslöser Faktoren wie Betreuung durch die Eltern in den einzelnen Lebensphasen, Alter, Familienstand, Bildungsstand und Erwartungshaltung der Eltern sowie Berufstätigkeit der Mutter, Geschwisterzahl und Geschwisterreihe.
Uns erschien es interessant, das Zusammentreffen einzelner ausgewählter intrafamiliärer Situationen darzustellen.

Innerhalb des familiären Umfeldes haben wir folgende Situationen berücksichtigt:

1. Psychische Störungen bei Familienmitgliedern (verhaltensauffällige Familienmitglieder, die selbst in psychiatrischer Behandlung waren),
2. Disharmonie in der Familie (zum Zeitpunkt der Vorstellung von einem oder beiden Elternteilen geäußerte Eheproblematik),
3. übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen (überversorgende oder überbehütende Erziehungshaltung eines oder beider Elternteile) und
4. Berufstätigkeit der Mutter (außerhäusliche, mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit).

Die folgenden Tabellen verdeutlichen die Beziehungen zwischen den genannten Situationen im familiären Umfeld der Kinder einerseits und den Merkmalen hyperkinetische Symptome bzw. Lernversagen andererseits. Verglichen wird jeweils mit einer Gruppe von Kindern, deren familiäres Umfeld als unauffällig registriert wurde.

Tabelle 26a): Beziehung zwischen psychischen Störungen bei Familienmitgliedern und Hyperkinese

		Hyperkinese		
		ja	nein	
psychische Störung bei Familienmitgliedern	ja	68	93	161
	nein	62	107	169
		130	200	330

(x^2= 1,064, p größer 0,05)

Tabelle 26b): Beziehung zwischen disharmonischen Familienverhältnissen und Hyperkinese

		Hyperkinese		
		ja	nein	
Disharmonie in der Familie	ja	109	147	256
	nein	62	107	169
		171	254	425

(x^2= 1,469, p größer 0,05)

Tabelle 26c): Beziehung zwischen übermäßig ausgeprägten familiären Beziehungen und Hyperkinese

		Hyperkinese		
		ja	nein	
übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen	ja	132	122	254
	nein	62	107	169
		194	229	423

(x^2= 9,545, p kleiner 0,01)

Tabelle 26d) : Beziehung zwischen Berufstätigkeit der Mütter und Hyperkinese

		Hyperkinese		
		ja	nein	
Berufstätigkeit	ja	187	231	418
	nein	110	147	257
		297	378	675

(x^2= 0,241, p größer 0,05)

Zwischen übermäßig ausgeprägten familiären Beziehungen und hyperkinetischem Verhalten der Kinder aus diesen Familien besteht ein Zusammenhang.

Tabelle 27a): Beziehung zwischen psychischen Störungen bei Familienmitgliedern und Lernversagen

		Lernversagen	
		ja	nein	
psychische Störung bei Familienmitgliedern	ja	70	91	161
	nein	44	125	169
		114	216	330

(x^2 = 11,094, p kleiner 0,001)

Tabelle 27b): Beziehung zwischen disharmonischen Familienverhältnissen und Lernversagen

		Lernversagen	
		ja	nein	
Disharmonie in der Familie	ja	124	133	257
	nein	44	125	169
		168	258	426

(x^2 = 21,064, p kleiner 0,001)

Tabelle 27c): Beziehung zwischen übermäßig ausgeprägter familiärer Beziehung und Lernversagen

		Lernversagen	
		ja	nein	
übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen	ja	116	137	253
	nein	44	125	169
		160	262	422

(x^2 = 16,899, p kleiner 0,001)

Tabelle 27d) : Beziehung zwischen Berufstätigkeit der Mütter und Lernversagen

		Lernversagen		
		ja	nein	
Berufstätigkeit	ja	217	202	419
	nein	112	144	256
		329	346	675

(x^2= 4,111, p kleiner 0,05)

Bei den beschriebenen Patienten haben auffällige familiäre Situationen wie Familien mit psychisch gestörten Familienmitgliedern, disharmonische Familien oder übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen einen Zusammenhang mit Lernversagen der Kinder aus diesen Familien. Ebenso steht das Berufstätigsein der Mütter im Zusammenhang mit Lernversagen ihrer Kinder.

3.8.3. In welchem Umfang finden sich abnorme EEG-Befunde bei Kindern mit Lernstörungen und hyperkinetischen Symptomen ?

Das EEG im Kindesalter kennzeichnet die Hirnreifungsschritte in den verschiedenen Altersstufen (37). Herdbefunde werden als Indikator für frühkindliche Hirnstörungen beschrieben (31,32). Die Bedeutung von EEG-Befunden bei Verhaltensstörungen im Kindesalter ist umstritten und kann nur im Rahmen anderer neurologischer Parameter verwertet werden (38,89).
Da wir in den Fragestellungen Verhältnisse hergestellt haben zwischen hyperkinetischen Symptomen bzw. Lernversagen und organischen bzw. nichtorganischen Verursachern dieser Verhaltensauffälligkeiten, interessiert uns in diesem Zusammenhang, inwieweit abnorme EEG-Befunde parallel dazu zu finden sind.

Unter abnormen EEG-Befunden fassen wir unspezifische Allgemeinveränderungen, fokale Herde langsamer Wellen, fokale hypersynchrone Aktivität, paroxysmal generalisierte hypersynchrone Aktivität und Seitendifferenzen zusammen.

In unserem Kollektiv wurde nur bei den Kindern ein Elektroencephalogramm abgeleitet, bei denen sich während der ärztlichen Untersuchung Hinweise auf eine Hirnfunktionsstörung ergaben.

Die Tabellen verdeutlichen die Beziehung zwischen abnormen EEG-Befunden und den Symptomen Lernversagen bzw. Hyperkinese. Verglichen wird mit Kindern, bei denen ein unauffälliger EEG-Befund vorlag.

Tabelle 27a) : Beziehung zwischen EEG-Auffälligkeiten und Lernversagen

		Lernversagen ja	Lernversagen nein	
EEG abnorm	ja	107	88	195
	nein	176	188	364
		283	276	559

(x^2= 2,159, p größer 0,05)

Tabelle 27b) : Beziehung zwischen EEG-Auffälligkeiten und Hyperkinese

		Hyperkinese ja	Hyperkinese nein	
EEG abnorm	ja	127	68	195
	nein	188	175	363
		315	243	558

(x^2= 9,179, p kleiner 0,01)

Zwischen abnormen EEG-Befunden und hyperkinetischen Symptomen bestand in unserem Kollektiv ein Zusammenhang.

3.8.4. In welchem Umfang erscheint das Symptom Hyperkinese bei Kindern aus Sondereinrichtungen, Normalkindergärten bzw. - schulen und weiterführenden Schulen?

Hyperkinetische Symptome stellen sich als führende Problematik bei Kindern mit Schulschwierigkeiten dar (24,97).
Schulschwierigkeiten beinhalten hier nicht nur Lerndefizite, sondern auch Verhaltensauffälligkeiten im Klassenverband.
Die Frage soll klären, inwieweit in den einzelnen Förderbereichen Differenzen bestehen im Auftreten motorischer Unruhe, geringer Aufmerksamkeitsspanne und Stimmungslabilität.

Von 133 Kindern aus Sonderkindergärten und Sonderschulen wurden in 76 Fällen (57,1%) hyperkinetische Symptome registriert.
Bei 615 Kindern aus Normalkindergärten und Normalschulen wurden in 282 Fällen (45,9%) hyperkinetische Symptome festgestellt.
Bei 189 Kindern aus weiterführenden Schulen wurden in 84 Fällen (44,4%) hyperkinetische Symptome registriert.

Innerhalb unseres Kollektivs fanden sich in allen Förderbereichen bei etwa der Hälfte der Kinder hyperkinetische Symptome. Im Bereich des Sonderkindergartens und der Sonderschule hatten hyperkinetische Symptome einen leicht höheren Anteil gegenüber den anderen Förderbereichen.

3.8.5. In welchem Umfang werden hyperkinetische Symptome im Untersuchungsgang angegeben, vom Kinder- und Jugendpsychiater registriert und als führende ärztliche Diagnose festgehalten?

In der ärztlichen Untersuchungssituation lassen sich hyperkinetische Symptome in ihrer Ausprägung schwer klassifizieren (98). Einerseits sind übertriebene Schilderungen der Eltern zu korrigieren und Kinder mit hyperkinetischen Symptomen in der Lage, ihr Verhalten in der Einzelsituation zu beherrschen (31). Andererseits kann ein sonst ausgeglichenes Kind in der belastenden Untersuchungssituation unruhig reagieren.

Die Frage soll Aufschluß darüber geben, inwieweit von den Eltern angegebene hyperkinetische Symptome in der ärztlichen Untersuchungssituation bestätigt werden konnten und in welchem Umfang sie als führendes Symptom in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose erschienen.

Als Vorstellungsgrund wurden hyperkinetische Symptome bei 460 Kindern angegeben.

In der Untersuchungssituation selbst wurde hyperkinetisches Verhalten bei 314 Kindern registriert.

Bei 147 Kindern war die Hyperkinese letzlich ein so führendes Symptom, daß in der Diagnose die Angabe Hyperkinetisches Syndrom erschien.

Insgesamt läßt sich sagen, daß zwei Drittel der Angaben über motorische Unruhe, geringe Aufmerksamkeitsspanne und Stimmungslabilität der Kinder in der ärztlichen Untersuchungssituation bestätigt werden konnten. Lediglich bei einem Drittel der Kinder wurden die anfänglich angegebenen Symptome in der Diagnose berücksichtigt. Bei zwei Drittel der Kinder mit hyperkinetischen Symptomen standen ätiopathogenetisch letztlich andere Symptome für die Diagnosenstellung im Vordergrund.

4. Diskussion

4.1. Umfang und Art der Patienten

Die Arbeit umfaßt die Daten von 1003 Krankengeschichten. Sie bezieht sich auf Kinder, die in der Zeit von Juli 1977 bis August 1978 in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis im Zentrum der Stadt Düsseldorf vorgestellt wurden. Angesichts der geringen Zahl kinder-und jugendpsychiatrischer Einrichtungen kamen die Kinder nicht nur aus dem Stadtgebiet Düsseldorf, sondern auch aus den umliegenden ländlichen Bezirken bzw. der weiteren Umgebung. Die Praxis war zum damaligen Zeitpunkt die einzige niedergelassene kinder - und jugendpsychiatrische Praxis in Nordrhein-Westfalen.
Die Arbeit ist von besonderem Interresse, da bisher noch kein Zahlenmaterial über das Patientengut einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorliegt. Die Daten verdeutlichen, daß diese kinder - und jugendpsychiatrische Arbeitsweise gegenüber der herkömmlichen Praxis eine neue Praxisstruktur erfordert, die heilpädagogische/ psychologische Berufsgruppen einschließt.

4.2. Anamnestische Daten

4.2.1. Geschlechtsverteilung

Von den vorgestellten Kindern waren zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen. Diese Relation unterscheidet sich nicht von der Geschlechtsverteilung anderer kinder - und jugendpsychiatrischer Einrichtungen (93) und Erziehungsberatungsstellen (47,102). Das Überwiegen der Jungen ist darauf zurückzuführen, daß sie vermehrt disponiert sind für psychiatrisch-neurologische Erkrankungen (19). So werden leichte frühkindliche Hirnschädigungen bei Knaben häufiger beobachtet als bei Mädchen. Verhaltensauffälligkeiten im Schulalter, insbesondere hyperkinetische Verhaltensweisen, zeigen eine deutliche

Knabenwendigkeit (24,29,46,85). Neben der Prädisposition der Jungen spielt aber auch die Tatsache eine Rolle, daß die Eltern auf Schulschwierigkeiten der Jungen intensiver reagieren (17).
Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Jungen gegenüber Mädchen nicht nur im organischen Bereich, sondern auch in ihrer psychosozialen Entwicklung empfindlicher reagieren auf Störungen. Dabei neigen Jungen mehr dazu, eigene Schwierigkeiten durch Aggressivität und Anpassungsstörungen auszutragen, wohingegen Mädchen mehr mit Ängsten und Hemmungen reagieren (29). Es ist verständlich, daß Eltern die beschriebenen Verhaltensweisen der Jungen als bedrohlicher betrachten und daher auch schneller dazu neigen, das Kind in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorzustellen, um eine Lösung der bestehenden Schwierigkeiten zu erreichen.

4.2.2. Altersverteilung

Innerhalb unseres Patientenkollektivs lag der Altersgipfel bei den 9- bis 11-jährigen Kindern. Hier läßt sich eine Parallele ziehen zu poliklinischen Einrichtungen (94). Lempp sieht vor dem Hintergrund von Schulschwierigkeiten dieses Alter als eine Manifestationsphase für kindliche Verhaltensstörungen an (49). In unserem Kollektiv wurde Lernversagen unter anderem bei etwa jedem zweiten Kind als Vorstellungsgrund angegeben. Unser Ergebnis zeigt, in welch schwerwiegendem Maße Lernversagen kinder - und jugendpsychiatrische Arbeit tangiert. Die hierbei häufig beschriebenen Schulphobien und psychosomatischen Reaktionen werden in der Literatur vor allem in Zusammenhang

gebracht mit pathologischer Mutter-Kind-Symbiose (52), die sich in unseren Ergebnissen unter der Diagnose "übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen" bei einem Viertel der Kinder wiederfinden läßt.
Die in der Praxis führende Gruppe der 9- bis 11-jährigen Kinder befindet sich, abgesehen von Kindern aus Sondereinrichtungen, am Ende der Grundschule oder in der Erprobungsstufe. In dieser Zeit sieht sie sich vermehrt den Erwartungen der Eltern und Lehrer ausgesetzt. Die Schulsituation wird zur potentiellen Bedrohung, die von den Kindern mit "beunruhigender Ängstlichkeit" beantwortet wird (30). Sie stellt einen Stressor dar, der zu erheblichem "Distress" führen kann (26). In diesem entscheidenden Lebensabschnitt werden durch das Unverständnis der Eltern Konfliktsituationen des Kindes verstärkt, das daraufhin zu Verhaltensauffälligkeiten neigt. Als Folgeerscheinung hat sich die Zahl der in dieser Lebensphase in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorgestellten Kinder vervielfacht (26).

4.2.3. Geschwisterreihe

In unserem Kollektiv handelte es sich bei 535 Kindern um das älteste Kind in der Familie, in 625 Fällen war der Patient entweder Einzelkind oder das letzte Kind.
Schon Adler hat die Bedeutung der Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe beschrieben und aufmerksam gemacht auf die individuelle psychologische Situation eines jeden Kindes, die es von anderen Kindern

in der Familie unterscheidet (60). Einzelkinder werden durch die hohe Zuwendung der Erwachsenen in ihrem Persönlichkeitsgefühl als schwach und hilflos beschrieben (61,62). Ihnen fehlt die Orientierung an ihren Geschwistern, sie reagieren mit früh erlernter Anpassung an die Erwachsenenwelt (54) oder aber mit Autoritätsbeanspruchung gegenüber anderen Kindern (58). Auch die Position des ältesten Kindes ist nicht ohne Gefahren, da sich allgemein besondere Erwartungen an seine Leistungen knüpfen, die bei Mißerfolgen nicht selten zu Mutlosigkeit führen (61).
Die Grundstimmung des jüngsten Geschwisterkindes ist gekennzeichnet durch eine Trotzhaltung als Antwort auf die scheinbare Aussichtslosigkeit, den Vorsprung der älteren Geschwister einzuholen (61). Alle genannten Geschwisterpositionen sind in ihrem ungünstigen Verlauf prädisponiert für nervöse Erkrankungen (60). Als nervöse Reaktionen werden in der Literatur unterschiedlich bei diesen Kindern einmal Schlafstörungen (24) und zum anderen Ängste und phobische Reaktionen beschrieben (39).

4.2.4. Schulsituation

In unseren Ergebnissen fällt der leicht höhere Anteil an Kindern aus weiterführenden Schulen (19%) gegenüber Kindern aus Sondereinrichtungen (13%) auf. Unter Sondereinrichtungen wurden sowohl Sonderkindergärten als auch Sonderschulen subsummiert. Würde man nur die Sonderschulen berücksichtigen, so wäre in unserem Kollektiv die prozentuale Differenz der Kinder aus weiterführenden Schule gegenüber Sonderschülern noch höher zu erwarten. Als Begründung läßt sich annehmen, daß behinderte Kinder schulisch sinnvoller eingeordnet sind und daß die dort arbeitenden Sonderpädagogen durch ihre spezielle

Ausbildung Schulschwierigkeiten bei den Kindern leichter ausgleichen können.
Das Ergebnis könnte auch im Zusammenhang mit der Altersverteilung gesehen werden, die in unserem Kollektiv ein Maximum bei den 9- bis 11-jährigen Kindern zeigte. In diesem Alter befinden sich Kinder an weiterführenden Schulen in der sogenannten Erprobungsstufe.Diese Kinder fühlen sich häufig überfordert und sind - eingeengt durch die an sie gestellten Erwartungen - somit vermehrt gefährdet, in ihrem Verhalten auffällig zu werden.

4.2.5. Familiensituation

15% der vogestellten Kinder lebten ohne Vater, wobei die Mutter entweder getrennt lebte, verwitwet oder ledig war.
Alleinstehende Mütter sind durch vielfältige Faktoren beansprucht und dadurch weniger frei für den Umgang mit ihren Kindern. Durch den Ausfall eines Elternteils werden Kinder in ihrer Sozialisierung gehemmt (56). So werden bei Kindern aus geschiedenen Ehen gehäuft dissoziale Verhaltensweisen beobachtet. Diese Kinder werden oft als Ersatz für den Verlust des Partners überfordert oder durch eine zu starke Bindung an die Mutter in ihrer altersadäquaten Entwicklung gehindert (24,57).
Das Fehlen des Vaters in der frühen Kindheit, aber auch Pflege - und Heimsituationen, die in unserem Kollektiv 14% ausmachen, beinhalten die Gefahr der Bindungslosigkeit und Identitätskrise in der Entwicklung des Kindes, sowie die Gefahr einer späteren Verwahrlosungstendenz (58,59,89).

4.2.6. Berufstätigkeit

In unserem Kollektiv waren zwei Drittel aller be-

fragten Mütter berufstätig, wobei von uns nicht unterschieden wurde zwischen halbtägiger oder ganztägiger Erwerbstätigkeit. Die Hintergründe für die hohe Zahl berufstätiger Mütter bleiben offen. Nur zurückhaltend und unter Vorbehalt werden in der Literatur bei Kindern berufstätiger Mütter negative Folgen wie Schlafstörungen und Kopfschmerzen (24,39), Erziehungsschwierigkeiten (19), depressive Symptome (29) und vermindertes Leistungsvermögen in der Schule (99) beschrieben.
Anhand unserer Ergebnisse läßt sich bestätigen, daß Berufstätigkeit der Mütter und Lernversagen der Kinder in einem Zusammenhang stehen.

4.2.7. Problematik der Krankenhausaufenthalte

Von 507 Kindern, bei denen Krankenhauseufenthalte angegeben wurden, waren mehr als ein Viertel vier Wochen und länger im Krankenhaus oder in einem Kuraufenthalt. Als Hauptgefahren für ein hospitalisiertes Kind werden die Trennung von der Mutter und der dauernde Entzug mütterlicher Fürsorge beschrieben. Schon bei kurzfristigen Krankenhausaufenthalten können Verlassenheitsgefühle, Unruhe, Eßschwierigkeiten und Regressionen auftreten (68). Nach dem Krankenhausaufenthalt werden Aggressionen gegen die Mutter, Streitsucht und Kontakthemmung gefunden, die über Wochen und Monate anhalten können. Als Spätfolgen, meist nach längeren Krankenhausaufenthalten, werden Schlafstörungen, Ängste, Anhänglichkeit und Negativismus beschrieben (68).
Der zu befürwortenden Mitaufnahme der Mutter ins Krankenhaus, die den reaktiven Verhaltensauffälligkeiten des Kindes vorbeugen könnte, stehen unterschiedliche Hindernisse entgegen. Diese sind auf der

einen Seite Zeitmangel und erhöhte finanzielle Forderungen, auf der anderen Seite räumliche Schwierigkeiten, aber auch Widerstände des Klinikpersonals (70). So gehören krankenhausgeschädigte Kinder immer wieder zum Erfahrungsgut von Erziehungsberatern und Kindertherapeuten (50).

4.2.8. Überweisende Institutionen

Die Motivation, Kinder in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorzustellen, ging in unserem Kollektiv in 18% von den Eltern aus. Vergleichsuntersuchungen an kinder - und jugendpsychiatrischen Klinksambulanzen weisen eine geringere Zahl von Selbstmeldern auf (71,94,102).Die Zahl der Patienten ohne Überweisung zeigt, daß eine niedergelassene kinder - und jugendpsychiatrische Praxis dem Patienten durch den Umgang mit niedergelassenen Ärzten nähersteht als Klinikseinrichtungen. Im Vergleich dazu wird an Erziehungsberatungsstellen eine Selbstmelderquote von 35% als normal erachtet (102).
Die Tatsache, daß nichtärztliche Institutionen in solch großem Umfang (41%) den Kontakt zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gesucht haben, macht deutlich, daß sich kinder - und jugendpsychiatrische Arbeitsweise nicht allein auf die Kinder und Eltern beschränken kann, sondern darüberhinaus eine beratende Funktion innerhalb des psychosozialen Umfeldes der Kinder erfüllen muß.

4.3. Schwangerschafts - und Geburtsdaten

In unserem Kollektiv waren Risikofaktoren in der Schwangerschaft im Vergleich zu den in der Münchner Perinatalstufe angegebenen Werten (7) häufiger zu

finden. Die hohe Zahl unauffälliger Schwangerschaftsverläufe schließt eine pränatale Schädigung nicht aus (17), da pränatale Störungen nicht selten unbemerkt bleiben oder von den Eltern auf Grund ihrer Einschätzung nicht berichtet wurden. Viruserkrankungen, Gestosen und vor allem Blutungen in der Schwangerschaft stellen Faktoren dar, die Wachstum und Reifung der Frucht beeinflussen (18). Darüberhinaus sind Kinder mit solchen Risikofaktoren anfälliger gegenüber exogenen Schädigungen unter der Geburt und in der frühkindlichen Phase (91).

Frühgeburten und postpartale Ereignisse wurden im Vergleich zur Normalpopulation in gleichem bzw. leicht höherem Maße verzeichnet. Besonders Frühgeburten stellen eine erhebliche Gefährdung für die spätere psychomotorische Entwicklung des Kindes dar (19). Im Zusammenhang hiermit sind in der Kindheitsphase vermehrt Intelligenzdefekte, Teilleistungsschwächen und eine erschwerte soziale Eingliederung in Kindergarten und Schule zu erwarten.

4.4. Entwicklungsdaten

Die Entwicklungsdaten in der Säuglings - und Kleinkindzeit sind gekennzeichnet durch den Erwerb motorischer und sprachlicher Fähigkeiten, durch Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit der Umwelt sowie deren Eroberung. Organische Behinderungen und störende Einflüsse auf die Interaktion zwischen dem Kind und seinen frühen Bezugspersonen werden später mit schwer ausgleichbaren Fehlhaltungen beantwortet (20,21,22). So zeigten in unserem Patientenkollektiv 60% aller Kinder während dieser frühen Entwicklungsphase motorische Störungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und Störungen im Spielverhalten.

Motorische und sprachliche Störungen werden weitgehend frühzeitig erfaßt und dementsprechend behandelt, wohingegen Spielstörungen des Kleinkindes häufiger unberücksichtigt bleiben und erst in der Schulzeit durch Lernversagen des Kindes Aufmerksamkeit verlangen (26). Hierin könnte eine Erklärung für die Altersverteilung in unserem Kollektiv und anderen kinder - und jugendpsychiatrischen Einrichtungen liegen.

4.5. Anlaß - und Vorstellungssymptomatik

Die somatisch-neurologische Symptomatik spielte als Vorstellungsgrund nur bei einem Drittel der Patienten eine Rolle. Demgenüber wurde die Vorstellungssymptomatik beherrscht von psychogenen Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik und seelischen Fehlhaltungen. Unter den psychischen Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik dominieren die Symptome Schlafstörungen, Enuresis, Kopfschmerzen und rezidivierende Bauchschmerzen (s. Tabelle 15).
In unserem Kollektiv klagte etwa jedes vierte Kind über Einschlaf - oder Durchschlafstörungen, unruhigen oder verkürzten Schlaf oder aber über nächtliche Angstzustände. Schlafstörungen können als Ausdruck einer existentiellen Beunruhigung im Rahmen einer auffälligen Familiensituation, insbesondere einer gestörten Mutter - Kind - Beziehung gesehen werden (28,29).
Enuresis wird auch in anderen kinder - und jugendpsychiatrischen Einrichtungen als eines der führenden Symptome beschrieben (23). Einnässen wird verstanden als vorübergehende psychogene Reaktion oder als Ausdruck einer tiefgriefenden Verhaltensstörung (24). Das Symptom erscheint als Antwort auf Erziehungsfehler und Fehlhaltungen der Mütter (25).

Jedes 10. Kind unseres Kollektivs litt an Kopfschmerzen. Hierfür wird die bestehende Leistungsgesellschaft verantwortlich gemacht, in der dem Kind sowohl in der Schule als auch im Elternhaus häufig eine überfordernde Erwartungshaltung entgegengebracht wird (26,27). Das Kind beantwortet diese Erwartungshaltung mit Angst und reagiert mit psychosomatischen und vegetativen Störungen, insbesondere Kopfschmerzen (26). Als bevorzugtes Manifestationsalter für Kopfschmerzen wird das 9. bis 11. Lebensjahr beschrieben (91).

Rezidivierende Bauchschmerzen fanden sich bei uns in einem ähnlich hohen Anteil wie Kopfschmerzen. Als Auslöser werden auch hier Konfliktsituationen im Kindergarten und in der Schule, aber auch eine überfordernde Erziehungshaltung der Eltern angegeben (26,101).

Weitaus am häufigsten wurden seelische Fehlhaltungen vorgetragen oder vom Untersucher registriert. Etwa jedes zweite Kind war auffällig im Sozialverhalten, zeigte emotionale Beziehungsschwierigkeiten und ängstliche Verhaltensweisen, darüberhinaus Lernschwierigkeiten und hyperkinetische Symptome. Hinsichtlich der Häufigkeit und der Kombination der Symptome finden sich Parallelen zu Untersuchungen aus Erziehungsberatungsstellen und anderen kinder - und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (94,102,103). Der Vergleich ist dadurch eingeschränkt, daß die Ausgangspunkte der Untersuchungen nicht übereinstimmen.
Alle genannten Fehlhaltungen beeinflussen das Leistungsvermögen der Kinder in der Schule. Somit wird Lernversagen zu einem orientierenden Leitsymptom in der kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis,

das Beachtung verlangt, da sich dahinter verschiedenste Verhaltensauffälligekiten verbergen können (30).

4.6. Untersuchungsbefunde

Bei der neurologischen Befunderhebung waren drei Viertel aller Kinder in ihrem Reflexverhalten unauffällig. Lediglich 9% der Kinder zeigten ausgeprägte zerebrale Paresen. Dieses Verhältnis läßt sich daraus erklären, daß Kinder mit deutlichen motorischen Störungen durch das Vorsorgesystem heute früh erfaßt und meist in neuropädiatrischen Zentren gefördert werden. Es ist anzunehmen, daß diese Kinder nur dann in der kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt werden, wenn sich darüberhinaus gravierende psychoreaktive oder milieureaktive Verhaltensauffälligkeiten manifestieren.

Demgegenüber ließen sich Teilleistungsschwächen isoliert oder im Rahmen einer leichten frühkindlichen Hirnfunktionsstörung in weit höherem Maße registrieren. Jeweils über ein Drittel der Kinder unseres Kollektivs hatten grobmotorische bzw. feinmotorische Störungen. Bei jedem vierten Kind ließen sich Störungen der Visomotorik bzw. der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung feststellen. Die hohe Zahl von Kindern mit Teilleistungsschwächen ist dadurch erklärlich, daß diese Störungen häufig an weit auffälligere Verhaltensweisen gekoppelt sind oder sich hinter mannigfaltigen anderen Verhaltensstörungen verbergen (31).
Diese Auffälligkeiten äußern sich in Ablenkbarkeit, geringer Ausdauer, herabgesetzter Merkfähigkeit, psychomotorischer Unruhe und erhöhter Reizempfindlichkeit. Insgesamt gesehen sollten bei allen Störungen im Spiel- und Lernverhalten eines Kindes Teilleistungsschwächen

als mögliche Verursacher bedacht werden (13,14,). Teilleistungsschwächen stellen meist unbewußte Faktoren dar, die zu Mißverständnissen zwischen der Erwartungshaltung der Eltern und dem Vermögen des Kindes führen. Darüberhinaus tragen sie dazu bei, daß solche Kinder in ihrem auffälligen Verhalten und in ihrem Leistungsvermögen fehleingeschätzt werden (14,17,35,36,).
Teilleistungsstörungen, die vor der Untersuchung meist noch nicht erkannt worden waren, stellen einen bedeutungsvollen Verursacher für das auch bei uns in hohem Umfang gefundene Lernversagen dieser Kinder dar (13,14,83,84,). Schwächen in Teilleistungsbereichen dürfen in ihrer Dynamik nicht isoliert gesehen werden (86). Sie sind vielmehr einzugliedern im Zusammenhang mit Stärken und Schwächen der Gesamtpersönlichkeit des Kindes und sind damit von großem Interesse beim Ansatz therapeutischer Maßnahmen (76). Hierbei wird deutlich, welche diagnostische und therapeutische Funktion Kindergarten und Schule haben können. Um eine Früherkennung zu gewährleisten müßte eine Zusatzausbildung der Erzieher und Pädagogen mit entsprechender Zielsetzung angestrebt werden, damit dem Entstehen von Lernversagen, das in unserem Kollektiv ein Leitsymptom darstellt, vorgebeugt werden könnte (30,35,88).

Die Relevanz von Elektroenzaphalogrammen verhaltensauffälliger Kinder wird in der Literatur zurückhaltend bewertet (37,103,). In unserem Patientengut wurde bei etwa jedem zweiten Kind eine Hirnstromkurve abgeleitet. 197 Kinder wiesen einen abnormen EEG-Befund auf. Davon wurden im Hinblick auf eine residuelle Hirnfunktionsstörung nur 45 als sicher pathologisch angesehen. Das Ergebnis scheint die Unsicherheit der Relevanz von EEG-Befunden bei verhaltensauffälligen und leicht hirngeschädigten Kindern zu bestätigen (32,38,89).

4.7. Diagnosen

Über 25% der Kinder kamen aus disharmonischen Familienverhältnissen. Als Hintergründe hierfür werden große Wohnzentren, Kleinstfamilien, Entleerung des Familienlebens und die Berufstätigkeit beider Eltern beschrieben (63,64). Sie gelten als Verursacher für Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung (65). So verhindern Konflikte der Eltern beim Kind das Gefühl einer inneren Sicherheit, die für Planen und Handeln unerläßlich ist (28).
Konflikte in der Elternbeziehung haben Auslöserfunktion für pathologische symbiotische Verhältnisse (57), wie sie auch in unserem Kollektiv - ausgedrückt durch die Diagnose "ausgeprägte familiäre Beziehungen" - bei einem Viertel der Kinder gefunden werden.

Über ein Drittel der Kinder lebten in emotionalen Mangelsituationen. Das Verhältnis der Eltern zueinander ist beispielgebend für alle Beziehungen innerhalb der Familie. Sind Eltern emotional warm und freundlich, so sind auch deren Kinder in der Lage, ähnliche Gefühlsbeziehungen zu entwickeln (66). Kinder, denen die familiäre Atmosphäre der Geborgenheit fehlt, neigen hingegen zu Verwahrlosung und Drogenmißbrauch (67). In unserem Kollektiv erscheint emotionales Defizit als eine Leitdiagnose, die einerseits aus den verschiedensten abnormen psychosozialen Umständen resultiert und andererseits einen wichtigen Verursacher kindlicher Verhaltensstörungen benennt.

In unserem Kollektiv wurde bei jedem vierten Kind eine leichte frühkindliche Hirnfunktionsstörung (Minimale cerebrale Dysfunktion) diagnostiziert. Vergleichsweise wird diese Störung von Lempp in

einem unausgelesenen Patientengut bei 18% der Kinder gefunden (31).Sieber beschreibt in einem kinder - und jugendpsychiatrischen Kollektiv bei 19% der Kinder eine leichte frühkindliche Hirnfunktionsstörung (32).
Bei etwa jedem vierten Kind wurden Sprachentwicklungsverzögerungen festgestellt. Mit zunehmendem medizinischem Interresse an der diagnostischen Aufklärung von Schulschwierigkeiten sind Sprachstörungen immer mehr in den Blickpunkt ärztlicher Tätigkeit geraten, da sie unbehandelt als zentrales Kommunikationsmittel psychoreaktive Auffälligkeiten wie ängstliche Gehemmtheit und Störungen im Kontaktverhalten hervorrufen können (44,45).

4.8. Therapeutisches Vorgehen

Die Gabe von Medikamenten hatte bei unserem Kollektiv mit 6% nur einen geringen Anteil an den insgesamt durchgeführten therapeutischen Maßnahmen.

27% der in der Parxis vorgestellten Kinder wurden einer psychomotorischen bzw. sensomotorischen Übungsbehandlung zugeführt. Dahinter steht der Gedanke, daß Teilleistungsschwächen im Rahmen einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung an andere, weit auffälligere Verhaltensweisen gekoppelt sind, die zur Vorstellung in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis führen. Unerkannt führen sie zu Mißerfolgserlebnissen, Überforderung und Fehleinschätzung der Kinder durch Eltern und Schule und sind somit Verursacher für vielfältige psychoreaktive Verhaltensauffälligkeiten und nicht zuletzt verantwortlich für Lernversagen in der Schule (14,17,35, 36,83,84). Die Therapieziele bestehen darin, bei den Kindern eine Stärkung des Körperbewußtseins, eine Beeinflussung der Hyperaktivität durch Reizminderung, eine vermehrte Selbstkontrolle und eine Steigerung des sozialen Bewußtseins zu erreichen (77). Der Erfolg dieser therapeutischen Maßnahmen hilft den Kindern, weitere Fehleinschätzungen und Verhaltensauffälligkeiten in Schule und Berufsausbildung zu vermeiden.

Etwa jedes 5. Kind wurde in einer autogenen Trainingsgruppe behandelt. Autogenes Training hat in den letzten Jahre zunehmend Anwendung gefunden bei Enuresis, Schlafstörungen, psychosomatischen Erkrankungen und bei hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten (79).
Durch die persönliche Auseinandersetzung mit seinem Körper lernt das Kind über Entspannung und Ruhigstellung schließlich eine Harmonisierung seiner Körperfunktionen zu erreichen (15,16).

Fast die Hälfte aller Eltern waren an psychotherapeutischen Maßnahmen beteiligt. Kinder - und jugendpsychiatrische Arbeitsweise ist geprägt durch den Kontakt zu den Eltern, da das Kind häufig nur das "vorgeschobene Symptom" (80) der Familie darstellt. In vielen Fällen haben die Angehörigen des Kindes selbst unausgesprochene Probleme, die im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten des Kindes stehen (81). Der Kinder - und Jugendpsychiater muß durch seine Arbeitsweise die Abwehrmechanismen der Eltern abbauen und Veränderungen im Familiengefüge erreichen, damit dem vorgestellten Kind geholfen werden kann (73,82,87).

4.9. Fragestellungen

Aufbauend auf die dargestellten Ergebnisse haben wir Zusammenhänge erörtert zwischen den Symptomen Lernversagen und hyperkinetischem Verhalten einerseits und ätiologischen Faktoren wie Entwicklungsauffälligkeiten, psychiatrisch-neurologischen Befunden und dem gestörten psychosozialen Umfeld der Kinder andererseits. Diese Beziehungen erscheinen uns bedeutungsvoll, da die genannten Symptome häufig in der Praxis vorgetragen werden und die aufgeführten ätiologischen Faktoren für den Kinder - und Jugendpsychiater einen hohen Stellenwert haben.

4.9.1. Lernversagen

Etwa jedes 2. Kind litt unter Lernversagen. Im Zusammenhang mit diesem Symptom konnten wir Auffälligkeiten in der familiären Situation der Kinder wie verhaltensauffällige Familienmitglieder, Eheprobleme der Eltern, eine überversorgende bzw. überbehütende Erziehungshaltung und Berufstätigkeit der Mutter finden.

Es ist anzunehmen, daß verhaltensauffällige Familienmitglieder, die selbst in psychiatrischer Behandlung sind, eine solche Beeinträchtigung des Familiengefüges darstellen, daß diese Belastung von Schulkindern mit Leistungsproblemen beantwortet wird.
In der Literatur wird das Schulalter als eine Zeit beschrieben, in der den Kindern Konflikte der Eltern bewußt werden, auf die sie mit Ängstlichkeit, Schulversagen und Verwahrlosung reagieren (53). Auch symbiotische Mutter-Kind-Beziehungen mit Überversorgung und Überbehütung führen zu Miß-

erfolgen in der Schule (17). Der in unserem Kollektiv gefundene Zusammenhang zwischen der Berufstätigkeit der Mutter und dem Lernversagen der Kinder wird in der Literatur nur mit Zurückhaltung geäußert (47,99).

4.9.2. Hyperkinesen

Bei den beschriebenen Patienten zeigten motorische Störungen, Sprachretardierungen und Störungen im Spielverhalten währen der Säuglings- und Kleinkindzeit einen Zusammenhang mit hyperkinetischen Symptomen. Sowohl die Entwicklungsauffälligkeiten als auch die hyperkinetischen Symptome müssen als Folge einer Milieustörung oder einer frühkindlichen Hirnfunktionsstörung betrachtet werden (11,19,104). Es ist denkbar, daß die hyperkinetischen Verhaltensweisen und die beschriebenen Entwicklungsauffälligkeiten Ausdruck eines im Hintergrund stehenden frühkindlich exogenen Psychosyndroms sind (31).

Wie auch in der Literatur bestätigt wird (17), läßt sich in unserem Kollektiv eine Beziehung zwischen hyperkinetischen Symptomen bei den Kindern und einer überprotektiven Erziehungshaltung der Eltern feststellen.

Bei unseren untersuchten Kindern fand sich ein Zusammenhang zwischen abnormen EEG-Befunden und hyperkinetischen Verhaltensweisen. Das Ergebnis stellt einen Beitrag dar zur Diskussion, in welchem Umfang abnorme EEG-Befunde mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in Beziehung stehen und inwieweit abnorme EEG-Befunde bei Verhaltensauffälligkeiten eine organische Genese signalisieren (32,37,38,104).

In unserem Kollektiv zeigte sich, daß hyperkinetische Kinder in Sonderkindergärten und Sonderschulen zahlreicher vertreten sind, da Kinder aus solchen Einrichtungen häufiger an einer leichten frühkindlichen Hirnfunktionsstörung leiden (19). Daß die Differenz zu Kindern aus Normaleinrichtungen und weiterführenden Schulen nicht höher liegt, könnte dadurch erklärt werden, daß Sonderpädagogen auf Grund ihrer Ausbildung hyperkinetische Verhaltensweisen der Kinder länger tolerieren und nicht so leicht als auffällig und störend registrieren.

5. Schlußfolgerung

Die Beschreibung der Patienten erhellt die Arbeitsweise in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis.
Die Altersverteilung mit dem Gipfel bei den 9- bis 11-jährigen Kindern zeigt, daß das Patientengut des Kinder - und Jugendpsychiaters vorwiegend aus Kindern im Schulalter besteht.
Der hohe Anteil an Teilleistungsschwächen verdeutlicht die Notwendigkeit neurologischer Kenntnisse und einer eingehenden neurologischen Diagnostik.
Die Vielfalt der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten mit den bestehenden familiendynamischen Bezügen erfordert eine mehrdimensionale neuropsychiatrische Diagnostik und psychotherapeutische Kenntnisse für einen sinnvollen Therapieansatz.
Hierfür ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, Psychologen, Lehrern, Kindergärtnerinnen und weiteren nichtärztlichen Institutionen unerläßlich.

Um die noch bestehende Versorgungslücke in dieser speziellen ärztlichen Tätigkeit zu schließen, sollte die Förderung des jungen Faches Kinder - und Jugendpsychiatrie betrieben und die Anzahl niedergelassener kinder - und jugendpsychiatrischer Praxen vermehrt werden.

Zusammenfassung

Im Rahmen der Arbeit wurden die Daten von 1003 Patienten, die sich im Laufe eines Jahres (1977/78) in einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorstellten, anhand eines dokumentationsgerechten Erhebungsbogens erfaßt und statistische ausgewertet. Die Daten sind von Interesse, da bisher noch kein Zahlenmaterial über das Patientengut einer kinder - und jugendpsychiatrischen Praxis vorliegt.

Der Altersgipfel lag bei den 9 - bis 11-jährigen Kindern; Jungen waren häufiger als Mädchen (2:1).

Die Erhebung des psychosozialen Umfeldes der Kinder ergab Hinweise auf langfristig bestehende Störungen:

- Psychosoziale Probleme der Mutter während der Schwangerschaft (33%)
- Psychomotorische Entwicklungsauffälligkeiten (59%)
- Krankenhausaufenthalte über 4 Wochen (28%)
- Berufstätigkeit der Mutter (62%)
- Disharmonische Familienverhältnisse (Eheschwierigkeiten, Trennung der Eltern) (25%)
- Mangel an emotionaler Wärme in der familiären Beziehung (35%)
- Überbehütende Erziehungshaltung der Eltern (26%)
- Familienmitglieder selbst in psychiatrischer Behandlung (16%)

Im Vordergrund der Symptome standen seelische Fehlhaltungen: Auffälliges Sozialverhalten (64%), Ängste (51%), Emotionale Beziehungsschwierigkeiten (50%), Lernversagen (47%)und Hyperkinetische Symptome (46%).

Häufige neurologische Befunde waren Teilleistungsschwächen (43%), leichte frühkindliche Hirnfunktionsstörungen (25%), Sprachstörungen (24%) und abnorme EEG-Befunde (20%).

Die Initiative zur Vorstellung ging jeweils in 41% von Ärzten bzw. Kindergarten, Schule, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt oder Psychologen aus. 18% waren Selbstmelder.

Medikamente hatten an den therapeutischen Unternehmungen einen Anteil von 6%. 46% der Eltern waren an familientherapeutischen Maßnahmen beteiligt. Bei 27% der Kinder wurden psychomotorische bzw. sensomotorische Übungsbehandlungen durchgeführt. 18% der Kinder wurden in autogenen Trainingsgruppen behandelt.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurden Zusammenhänge erörtert zwischen häufigen Symptomen wie Lernversagen und hyperkinetisches Verhalten und ätiologischen Faktoren wie Entwicklungsauffälligkeiten, psychiatrisch-neurologische Befunde und ein gestörtes psychosoziales Umfeld.
Hyperkinetische Verhaltensweisen der Kinder zeigen eine Beziehung zu abnormen EEG-Befunden, einer auffälligen Entwicklung und zu überbehütender Erziehungshaltung der Eltern. Sie finden sich gehäuft bei Kindern aus Sonderkindergärten und Sonderschulen.
Lernversagen der Kinder steht in Zusammenhang mit disharmonischen Familienverhältnissen, Verhaltensauffälligkeiten bei Familienmitgliedern, überbehütender Erziehungshaltung und Berufstätigkeit der Mütter.

Die Arbeitsweise des Kinder - und Jugendpsychiaters ist gekennzeichnet durch eine mehrdimensionale Diagnostik, die alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsdaten aus früherer Zeit berücksichtigen muß. Innerhalb der therapeutischen Bemühungen ist die Einbeziehung der Eltern und die Kontaktnahme zu ärztlichen und nichtärztlichen Institutionen notwendig.

Literaturverzeichnis

1. Panse, F.R. — Das psychiatrische Krankenhauswesen
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1964
S. 259 -

2. Stutte, H. — in Pongratz, L.J. "Psychiatrie in Selbstdarstellungen"
Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1977
S. 394 -

3. Remschmidt, H. — Kinder- und Jugendpsychiatrie
Thieme Verlag Stuttgart 1977
S. 410, S. 415-433

4. Förster, E. — Kinder- und Jugendpsychiatrische Krankenversorgung
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Band 1, (43-55), 1973

5. Stutte, H. — Soziale Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie
in Stutte, H. "Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete"
Verlag Hans Huber Bern 1967, Band 5
S. 175 -

6. Remschmidt, H.
Schmidt, M. — "Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter"
Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1977

7. Selbmann, H.K.
Bruch, M.
Höfling, K.J.
Jonas, R.
Schreiber, M.A.
Überla, K. — Münchner Perinatalstudie 1975
Deutscher Ärzteverlag GmbH 1977
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

8. Schmitz-Harbauer, W. — Nachuntersuchungen bei Risikokindern des Jahrgangs 1975
Dissertation Med. Fak. Düsseldorf 1979
S. 20 -

9. Keller, W. /
Wiskott, A. — Lehrbuch der Kinderheilkunde
hrsg. von A. Wiskott, K. Betke und W. Künzer
Thieme Verlag Stuttgart 1977
S. 129 -

10. Schmidt-Matthiesen, H. — Gynäkologie und Geburtshilfe
4. Auflage
F.K. Schattauer Verlag Stuttgart New York 1979
S. 331-335

11. Schmidt, M.H. Behandlung des hyperkinetischen Syndroms bei Kindern unter Berücksichtigung von Ätiologie und Pathogenese
Pädiat. Praxis 14, (205-214), 1974

12. Lempp, R. Organische Psychosyndrome
in Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk
"Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie"
Springer Verlag Berlin Heidelberg
New York 1971
S. 225 -

13. Berger, E. Teilleistungsschwächen bei Kindern
Verlag Hans Huber Bern 1977
S. 14-16

14. Lempp, R. Teilleistungsstörungen im Kindesalter
Verlag Hans Huber Bern 1979
S. 43, S. 129, S. 138-139

15. Biermann, G. Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen
Ernst Reinhardt Verlag München 1975
S. 109 -

16. Kruse, W. Entspannung
Autogenes Training für Kinder
Deutscher Ärzte Verlag 1975
S. 13 -

17. Müller-Küppers, M. Das leicht hirngeschädigte Kind
Hippokrates Verlag Stuttgart 1969
S. 21, S. 62, S. 127-129, S. 139

18. Knörr, K. Der Einfluß von Blutungen in der Frühschwangerschaft auf die Entwicklung der Frucht und das Auftreten von Mißbildungen
Inernat. prophylakt. Med. Sozialhyg. 2
1958

19. Lempp, R. Eine Pathologie der psychischen Entwicklung
Verlag Hans Huber Bern 1975
S. 57-58, S. 73-74, S. 77-85, S. 236-241,
S. 274-275

20. Freud, A. Einführung in die Technik der Kinderanalyse
Ernst Reinhardt Verlag München Basel 1966
S. 66-67

21. Adler, A. Der Sinn des Lebens
Fischer Taschenbuch Verlag 1977
S. 49 -

22. Hellbrügge, Th. Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung
Urban & Schwarzenberg München 1975
S. 85 -

23. Biermann, G. Die Tätigkeit der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Universitäts-Kinderpoliklinik München
Praxis Kinderpsychol. 12, (199-200), 1963

24. v. Harnack, G.A. Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind
Thieme Verlag 1958
S. 9, S. 19-20, S. 69-71

25. Kemper, W. Bettnässerleiden (Enuresis)
Ernst Rheinhardt Verlag München Basel 1978
S. 85 -

26. Nissen, G. Schulstress bei Kindern
Praxis Kinderpsychol. 26. Jahrgang
Heft 5, (179-183), 1978

27. Baumann, H.J. Stress am Gymnasium
in Biermann G. "Kinder im Schulstress"
Ernst Reinhardt Verlag München Basel 1977
S. 68-76

28. Dührssen, A. Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
Göttingen 1976
S. 77-78, S. 235-238, S. 267, S. 298-300

29. Frederking, U. Häufigkeiten, somatische, soziale und emotionale Bedingungen von Verhaltensstörungen 10-jähriger Schulkinder
Praxis Kinderpsychiat. 24, (210 u. 259), 1975

30. Müller-Küppers, M. Schulische Überforderung und Lernversagen, Ursachen und Therapie
in Nissen, G. "Intelligenz, Lernen, Lernstörungen"
Springer Verlag 1977
S. 139-140

31. Lempp, R. Frühkindliche Hirnstörung und Neurose
Verlag Hans Huber Bern 1978
S. 50-65, S. 84, S. 91

32. Schenck, K. Anamnese und neurologische Befunde in der Diagnostik des leicht hirngeschädigten Kindes
in "Motorik"
Heft 2, 3. Jahrgang, (52-60), 1980

33. Barton, D.
Schmidt, M.D.
Der Mythos "Minimal Brain Dysfunction"
in Beiträge zur Psychologie und Erziehung
Suppl. paediat. praxis 18, (78-79), 1977
Hans Marseille Verlag München

34. Lempp, R.
Frühkindlich hirnorganisch bedingte
Lernstörungen und ihre Behandlung
in Nissen, G. "Intelligenz, Lernen
und Lernstörungen"
Springer Verlag Berlin 1977
S. 185 -

35. Beer, F.
Therapeutische Betreuung von Kindern
mit Teilleistungsschwächen
in Berger, E. "Teilleistungsschwächen
bei Kindern"
Hans Huber Verlag Bern 1977
S. 126-130

36. Arm, B.
Fey, E.
Die leichte frühkindliche Hirnschädigung
Verlag Paul Haupt Bern 1979
S. 45-48

37. Christian, W.
Klinische Elektoencephalographie
Lehrbuch und Atlas
Thieme Verlag Stuttgart 1975
S. 26, S. 352

38. Martinius, J.
Relevanz von EEG-Befunden bei Verhal-
tensstörungen
Paediat. Praxis 12, (13 -), 1973

39. Thalmann, H.-Chr.
Verhaltensstörungen bei Kindern im
Grundschulalter
Ernst Klett Verlag Stuttgart 1971
S. 100-101, S. 188-190, S. 255-257

40. Harbauer, H.
Neuropathie, psychopathologische Ent-
wicklung, vegetative Syndrome, Migräne
in Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk
"Lehrbuch der speziellen Kinder-
und Jugendpsychiatrie"
Springer Verlag Berlin Heidelberg
New York 1971
S. 39-44

41. Strunk, P.
Psychogene Störungen mit vorwiegend
körperlicher Symptomatik
in Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk
"Lehrbuch der speziellen Kinder-
und Jugendpsychiatrie"
Springer Verlag Berlin Heidelberg
New York 1971
S. 83-132

42. Krebs, H. — Spätfolgen nach frühkindlichen Hirnschädigungen und therapeutische Möglichkeiten
Medizinische Welt 23

43. Matthes, A. — Neuropädiatrie
Thieme Verlag Stuttgart 1973
S. 164 -

44. Amoroso, H. — Zentrale Sprachstörungen im Kindesalter
Paediat. Praxis 17, (257-262), 1976

45. Dorfmüller, M. — Sprachstörungen im Kindesalter
Paediat. Praxis 15, (549-551), 1975

46. Hilzinger, H. — Untersuchungen über die Ursache des Überwiegens von Jungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik
Dissertation Med. Fak. Tübingen 1970

47. Honffy, M. — Zurückgestellte Kinder
Praxis Kinderpsychol. 26. Jahrgang
Heft 5, (177-180), 1977

8. Dröhmann, S. — Verhaltensstörungen im Kindesalter
Paediat. Praxis 17, (35-39), 1976

49. Lempp, R. — Verhaltensstörungen im Kindesalter
Paediat. Praxis 16, (199-202), 1975/76

50. Biermann, G. — Kinder und Jugendliche
Hippokrates Verlag Stuttgart 1978
S. 38, S. 85

51. Biermann, G.
Biermann, R. — Untersuchungen zur Schulfähigkeit des Kindes
in Biermann, G. "Kinder im Schulstress"
Ernst Reinhardt Verlag 1977
S. 51

52. Neraal, A. — Schulphobie mit ihren organischen Begleitsymptomen
Paediat. Praxis. 22, (567-570), 1979/80

53. Haffter, C. — Kinder aus geschiedenen Ehen
Verlag Hans Huber Bern 1948
S. 29 -

54. Biermann, G. — Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit
Ernst Reinhardt Verlag 1976
S. 15, S. 79

55. Stutte, H. — Zitat in Müller-Küppers:
Das leicht hirngeschädigte Kind
Hippokrates Verlag Stuttgart 1969
S. 23 -

56. Bühler, H.
Kächele, St. — Die Ehescheidung als pathogener Faktor
Praxis Kinderpsychol. 27. Jahrgang
Heft 8, (296-300), 1978

57. Dorfmüller, M. — Patient Familie
Paediat. Praxis 18, (47-53), 1978

58. Fürstenau, P. — Soziologie der Kindheit
in "Gesellschaft und Erziehung"
hrsg. v. Furck, C.J., Goldschmidt, D.,
Röbbelen, S.
Verlag Quelle & Meyer Heidelberg 1973
S. 33, S. 35

59. Karch, D. — Milieufaktoren der frühesten Kindheit
verhaltensgestörter Kinder
in Biermann, G. "Jahrbuch der Psychohygiene"
Ernst Reinhardt Verlag München 1974
S. 44-45

60. Adler, A. — Problems of Neurosis
Book of Case Histories London 1929
Keyan Paul, Trench, Truebner und Co
S. 96 -

61. Wexberg, E. — Individualpsychologie
S. Hinzel Verlag Stuttgart 1974
S. 143-165

62. Dreikurs, R. — Grundbegriffe der Individualpsychologie
Klett Verlag Stuttgart 1971
S. 86-94

63. Richter, H.E. — Lernziel Solidarität
Ernst Rowohlt Verlag Hamburg 1974
S. 23-27

64. Biermann, G. — Kind und Städtebau
in Biermann, G. "Kindliche Sozialisation
und Sozialentwicklung"
Urban & Schwarzenberg München Berlin Wien 1975
S. 173 -

65. Richter, H.E. — Eltern, Kind und Neurose
Ernst Klett Verlag Stuttgart 1967
S. 63-68

66. Dreikurs, R. Kinder fordern uns heraus
Ernst Klett Verlag Stuttgart 1971
S. 24-25

67. Born, B. Zum Phänomen jugendlicher Verwahrlosung
Praxis Kinderpsychol. 26. Jahrgang
Heft 2, (63-68), 1977

68. Robertson, J. Kinder im Krankenhaus
Ernst Reinhardt Verlag München 1974
S. 27 -

69. v. Troschke, J. Das Kind als Patient im Krankenhaus
Ernst Reinhardt Verlag München 1974
S. 75-87

70. Keuth, K. Das Kind im Krankenhaus
Paediat. Praxis 18, (3-6), 1977

71. Jungjohann, E. Kassenärztliches Modell einer kinder- und jugendpsychiatrischen Regionalversorgung
in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Heft 7, (139-148), 1979

72. Rett, A. Das hirngeschädigte Kind
Jugend und Volk Wien Müchen 1974
S. 24 -

73. Harbauer, H. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Deutscher Ärzte- Verlag 1979
S. 130-133, S. 43-45

74. Bowlby, J. Mutterliebe und kindliche Entwicklung
Ernst Reinhardt Verlag München 1972
S. 19, S. 44-45

75. Biermann, G. Die berufstätige Mutter und ihr Schulkind
in Biermann, G. "Kinder im Schulstress"
Ernst Reinhardt Verlag München Basel 1977
S. 188-195

76. Schilling, F. Das Bewegungsverhalten von Kindern mit minimaler cerebraler Dysfunktion
in Zeitschrift "Motorik"
3. Jahrgang
Heft 2, (61-68), 1980

77. Frostig, M. Bewegungserziehung
Neue Wege der Heilpädagogik
Ernst Reinhardt Verlag München Basel 1973
S. 50, S. 141, S. 153

78. Groß-Selbeck, G. Das Bild der leichten frühkindlichen Hirnschäden
Dt. Ärzteblatt 74, (1-2), 1976

79. Kruse, W. Einführung in das Autogene Training mit Kindern
Deutscher Ärzte-Verlag 1980
S. 105-120

80. Balint, M. u. E. Psychotherapeutische Techniken in der Medizin
Gemeinschaftsverlag Hans Huber Bern
Ernst Klett Stuttgart 1976
S. 121 -

81. Richter, E. Patient Familie
Ernst Rowohlt Verlag Hamburg 1972
S. 121-134

82. Neraal, T. in "Familie und seelische Krankheit"
hrsg. v. H.E. Richter, H. Strotzka, J. Willi
Ernst Reinhardt Verlag Hamburg 1976
S. 135-141

83. Roskam, G. Lernbehinderung durch Störungen in der sensomotorischen Entwicklung
in "Beiträge zur Psychologie und Erziehung"
Beiheft zur Paediat. Praxis
Hans Marseille Verlag München 1977
S. 65-72

84. Graichen, J. Faulheit - ein Symptom von Leistungsschwäche?
in "Beiträge zur Psychologie und Erziehung"
Beiheft zur Paediat. Praxis
Hans Marseille Verlag München 1977
S. 60-61

85. Eichlseder, W. Studie zur Häufigkeit des hyperkinetischen Syndroms an Münchner Schulen
Paediat. Praxis 18, (95-96), 1977

86. Krebs, H.
Kurth, B. Untersuchung der statischen und dynamischen Koordination bei Kindern
Institut für den wissenschaftl. Film.
Göttingen 1973
S. 3 -

87. Spiel, W. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Giorg Thieme Verlag Stuttgart 1976
S. 24-32

88. Köttgen, U. Frühförderung des behinderten Kindes
"Der Kinderarzt"
Heft 3, (339-343), 1977

89. Totzek, P.
Verhaltensstörungen im Kindesalter- Mythos leichter frühkindlicher Hirnschäden? Sonderdruck aus dem Jahrbuch der Psychohygiene Band 2, (258), 1974

90. Schlange, H. Keuth. U. Cailloud, H. Martinius, J. Waldmann, W.
Schlafstörungen beim Kind in "Beiträge zur Psychologie und Erziehung" Beiheft zur Paediat. Praxis Hans Marseille Verlag München 1977 S. 9-17

91. Strunk, P.
Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik in Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk "Kinder und Jugendpsychiatrie" Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1976 S. 135-137

92. Herzka, H.-St.
Identität der Kinderpsychiatrie Acta paedopsychiatrica Heft 43, (187-189), 1978

93. Schmidt, M.H. Armbruster, F. Günzler, G. Stober, B.
Veränderungen in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation durch die Eröffnung stationärer Behandlungsmöglichkeiten in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 6 Heft 1, (83), 1978

94. Jungmann, J. Göbel, D. Remschmidt, H.
Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnosenschlüssels in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 6 Heft 1, (60, 63), 1978

95. Aba, O. Pfeifer, W.K. Rey, E.R.
Häufigkeit und Verteilung von Diagnosen in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 6 Geft 1, (34), 1978

96. Hellbrügge, Th.
Klinische Sozialpädiatrie Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1981 S. 207-213

97. Lempp, R.
Frühkindlich-hirnorganisch bedingte Lernstörungen und ihre Behandlung in Nissen, G.: Intelligenz, Lernen und Lernstörungen Springer Verlg Berlin Heidelberg New York 1977 S. 189 -

98. v. Harnack, G.A. Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen
Verlag S. Karger Basel New York 1953
S. 18 -

99. Ferdinand, W. Aspekte der sozialen Situation achtjähriger Kinder im Spiegel des Schulzeugnisses
Praxis Kinderpsychol.
Heft 2, (48-53), 1978

100. Strunk, P. Die neuen Kinderkrankheiten
in Zeitschrift der BEK:
Das öffentliche Gesundheitswesen
Nr. 8 / 1980

101. Keuth, U. Rezidivierende Bauchschmerzen im Kindesalter
Paediat. Praxis 18, (88), 1977

102. Rey, E.R.
Aba, O.
Pfeifer, W.K. Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder- und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen
in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 6
Heft 1, (40, 47-49), 1978

103. Aba, O.
Pfeifer, W.K.
Rey, E.R. Häufigkeit und Verteilung von Diagnosen
in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 6
Heft 1, (27, 37), 1978

104. Neuheuser, G. Das leicht hirngeschädigte Kind
in Zeitschrift "Motorik"
3. Jahrgang
Heft 2, (39-50), 1980

Bei Herrn Prof. Dr. U. Göbel möchten wir uns für die Überlassung des Themas und für die Übernahme des Referates sowie für seine Unterstützung und Anleitung bedanken.

Herrn Prof. Dr. H.-J. Steingrüber danken wir für die Übernahme des Korreferates.

Lebenslauf

Am 1. November 1957 kam ich, Petra Reingen, als Tochter des Diplom-Volkswirtes Hubert Reingen und seiner Gattin Gertrud Reingen, geborene Schaubach, in Essen auf die Welt und wurde römisch-katholisch getauft.

1960 zog ich zusammen mit meinen Eltern und meinem Bruder Burkhard nach Hilden. Dort besuchte ich von April 1964 bis Juli 1967 die Grundschule "Zur Verlach". Im Anschluß daran wurde ich auf das "Helmholtz-Gymnasium-Hilden" eingeschult und machte im Mai 1976 das Abitur.

Nachdem ich einige Monate lang im Krankenhaus gearbeitet hatte, entschloß ich mich endgültig, Medizin zu studieren. So begann ich im Oktober 1976 mein Studium an der Universität Düsseldorf.

Im August 1978 habe ich das Physikum, im darauffolgenden Jahr das I. Staatsexamen und im März 1982 das II. Staatsexamen mit Erfolg bestanden.
Im April 1983 habe ich den III. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abgelegt.

Lebenslauf

Name:	Heubach, Hans-Jürgen
Geburtsdatum:	16.05.1938
Eltern:	Peter Heubach, gest. 1948 Margarete Heubach, geb. Hartmann, gest. 1978
1945	Einschulung Volksschule, Düsseldorf, Aachener Str.
1959	Abitur am Staatl. Humanist. Görres-Gymnasium, Düsseldorf
	Bundeswehrdienst
1960	Medizinstudium Universität München Universität Kiel
1966/67	Staatsexamen an der Universität Düsseldorf
1967	Medizinalassistentenzeit
1969	Facharztausbildung an der Kinderklinik, Städt. Krankenanstalten Neuß
	Heirat mit Barbara Cierpiol, Volksschullehrerin
	Geburt der 1. Tochter Malve
1973	Facharztanerkennung für Kinderheilkunde
	Beginn der Facharztausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rhein. Landesklinik, Landeskrankenhaus, Universitätsklinik Düsseldorf
1975	Ordentl. Mitglied der Deutschen EEG-Gesellschaft
	Geburt der 2. Tochter Merle
1976	Adoption der 3. Tochter Rada
1977	Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
	Eröffnung einer Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Dr. med. R. Schydlo in Düsseldorf
	Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten IP am Adler-Institut (Düsseldorf)
1978/80	Psychoanalytische Ausbildung bei Prof. P. Fürstenau Düsseldorf
1981	Erhalt der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie"
1982	Lehrauftrag an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe Abteilung Düsseldorf-Kaiserswerth
	Institutsmitglied am Adler-Institut Düsseldorf